

รายงานวิจัย

การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ

เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนดกระบวนการจัดทำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

**National Health Statute and Overarching framework for health
system development: Lesson from Brazil, USA, and UK**

โดย

ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์*

นางสาวหทัยชนก สุมาลี*

อาจารย์ลลิตา เขตต์กุฎี**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร**

ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับสมบูรณ์

28 ธันวาคม 2550

สารบัญ

บทคัดย่อ	1
ตารางสรุปบทเรียนต่างประเทศ.....	3
ข้อเสนอต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย.....	4
แผนภาพสรุป ความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ	6
บทที่ 1	7
1.1 บทนำ.....	7
1.2 วิธีการ	8
1.3 บทเรียนจากต่างประเทศ	8
1.3.1 วิวัฒนาการและแนวคิด การปฏิรูประบบสุขภาพกับบริบทการเมืองการปกครองและสังคม ..	9
ตารางที่ 1.1 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา อังกฤษและไทย	16
1.3.2 ปัจจัยผลักดันการขับเคลื่อนของภาคประชาชน และกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนา ศักยภาพของภาคประชาชน.....	20
ตาราง 1.2 สรุปปัจจัยผลักดันการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ในประเทศบราซิล สหรัฐและอังกฤษ.....	21
1.3.3 เนื้อหาและกระบวนการการจัดทำกรอบแนวทางสุขภาพ.....	25
1.3.4 กระบวนการติดตามประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพ	31
1.3.5 สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ	32
1.4 ความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆ	33
1.4.1 แนวทางการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ	33
1.4.2 การมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วน.....	34
1.4.3 ความคาดหวังต่อความมุ่งหมายของการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ	34
1.4.4 ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพกับนโยบายสุขภาพระดับท้องถิ่น.....	35
1.4.5 การให้หลักการและค่านิยมของการปฏิรูประบบสุขภาพ	35
1.4.6 ความหมายของระบบสุขภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ...36	
1.4.7 การจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์	38
1.5 ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ	39
1.5.1 ข้อเสนอแนะต่อขั้นตอนในการจัดทำ	39
1.5.2 ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบของเนื้อหาในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ	41
แผนภาพ ข้อเสนอกรอบแนวคิด ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ.....	44
บทที่ 2	45
2.1 สรุปสาระสำคัญ	45

2.2 บริบทของประเทศ	46
2.2.1 บริบทด้านการเมือง :.....	46
2.2.2 บริบทด้านเศรษฐกิจ :.....	47
2.2.3 บริบทด้านสังคม :.....	47
2.3 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ	47
2.4 โครงสร้างระบบสุขภาพ.....	50
2.4.1 Unified Health System.....	50
2.4.2 กระทรวงสุขภาพ.....	50
2.5 กระบวนการจัดทำธรรมนูญในรัฐธรรมนูญ	51
2.5.1 ที่มาในการจัดทำรัฐธรรมนูญ	51
2.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งรัฐธรรมนูญ	52
2.5.3 กระบวนการมีส่วนร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำธรรมนูญ.....	52
2.6 สาระสำคัญของหมวดสุขภาพในรัฐธรรมนูญ ปี 1988	54
ตารางที่ 2.1 สรุปประเด็นการจัดทำรัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล.....	56
2.7 ข้อค้นพบจากการวิจัย.....	59
บทที่ 3	60
3.1 บทนำ.....	60
3.2 บริบท	61
3.3 นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ.....	62
3.3.1 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกา	62
3.3.2 การริเริ่มเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ “Turning Point Initiative”	65
3.3.3 กรณีศึกษาการกระบวนการปฏิรูปการปรับปรุงกฎหมายสุขภาพ.....	69
3.3.4 กรณีศึกษาการจัดทำแผนแนวนโยบายเพื่อสุขภาพของรัฐวิสคอนซิน	71
ตารางที่ 3.1 สรุปประเด็นจากบทเรียนการกำหนดยุทธศาสตร์สุขภาพ ของมลรัฐวิสคอนซิน ประเทศ สหรัฐอเมริกา	72
3.4 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	76
บทที่ 4	78
4.1 บทนำ.....	78
4.2 โครงสร้างระบบสุขภาพ.....	79
4.2.1 บริบททางการเมืองการปกครอง	79
4.2.2 บริบททางเศรษฐกิจ.....	79

4.2.2	บริบททางการบริการสุขภาพ	80
4.2.3	บริบททางการเงินการคลัง	80
4.2.4	บริบททางด้านทรัพยากรบุคคลทางด้านสุขภาพ	81
4.3	วิวัฒนาการ.....	82
4.4	กระบวนการของแผน “Our Health, Our Care, Our Say”	85
4.5	นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ	86
	ตารางที่ 4.1สรุปประเด็นจากบทเรียน จากแผน Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services ประเทศไทย.....	87
4.6	สรุป อภิปราย.....	91
4.7	ข้อเสนอแนะ บทเรียนของประเทศไทยสำหรับประเทศไทย.....	91
	ภาคผนวก	93
	แบบสอบถามความคิดเห็น.....	94
	ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ	94
	ข้อมูลจากร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชน (กันยายน 2545).....	95
	ข้อมูลจากการทบทวนกรอบนโยบายระบบสุขภาพของต่างประเทศ และข้อคิดเห็นของนักวิจัย.....	95
	ผลการศึกษาแบบสอบถามความคิดเห็น	97

การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ
เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนดกระบวนการจัดทำ
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

บทคัดย่อ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มุ่งหวังเพื่อให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน โดยวางกลไกยุทธศาสตร์เพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคม เป็นเจ้าของ ดูแลรับผิดชอบร่วมกัน และกำหนดให้ตราธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง ใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคม และให้ปรับปรุงธรรมนูญทุก ๕ ปี

การศึกษานี้ เป็นการทบทวนเอกสาร เพื่อถอดบทเรียนจากประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ ที่เกี่ยวกับ การจัดทำแนวนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ วิวัฒนาการและบริบทกระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ และการประเมินผลการปฏิรูป โดยมุ่งวิเคราะห์ตัวอย่างของเอกสารที่อาจเทียบเคียงได้กับธรรมนูญสุขภาพ ในประเด็น ขอบเขตและสาระสำคัญของเนื้อหาในเอกสาร กระบวนการจัดทำเอกสาร และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

1. วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพในบราซิล และอังกฤษ เริ่มมาตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง โดยมีแนวคิดการสร้างหลักประกันทางสังคมให้กับคนทำงานก่อน ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) ซึ่งมีฐานคิดในเรื่อง “สุขภาพเป็นสิทธิ” ในขณะที่ประเทศสหรัฐยังได้เพียงในแนวคิดนี้อยู่ ในปัจจุบัน กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพของบราซิล ยังจำกัดอยู่ในเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน ในขณะที่ประเทศไทยมองไปถึงการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพแล้ว ส่วนสหรัฐก็ได้ปฏิรูปในส่วนของการจัดวางระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพให้กับคนในชาติด้วยการจัดการที่ระดับมลรัฐและท้องถิ่น ส่วนประเทศอังกฤษพัฒนาให้มี Primary care trusts ดูแลงานสุขภาพแบบบูรณาการ ในท้องถิ่น โดยดูแลทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคล และงานสาธารณสุขทั่วไป และมองการแก้ปัญหาเชื่อมโยงกับงานด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการศึกษาด้วย แม้ว่าแนวทางรัฐสวัสดิการอย่างเช่นอังกฤษ จะเป็นทิศทางที่ประชาชนในแต่ละประเทศพึงประสงค์ แต่การจัดระบบของแต่ละประเทศ ยังจะต้องคำนึงถึงการจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น คิรเวคคยที่ยาวนาน การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง
2. ในทุกประเทศ ความทุกข์ยากของประชาชนที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงขับเคลื่อนให้มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองเป็นหน้าตาของโอกาสให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ในขณะที่ ประเทศที่ผ่านการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ปัจจัยของการปฏิรูปมักจะเป็นปัจจัยที่มาจากจัดการภายในระบบ ที่อาจมาจากแนวคิดที่เปลี่ยนไปหรือประสบ

- ปัญหาจากประสิทธิภาพการทำงานของระบบ (Performance) แต่การปฏิรูประบบสุขภาพจะสำเร็จได้ ต้องมีกลไกสร้างความมีส่วนร่วมจากคนรากหญ้า ที่จะเป็นผู้ร่วมปฏิบัติ ตัดสินใจและต่อสู้กับผู้คัดค้าน การปฏิรูป ในประเทศบราซิลมี Secretary for Participation management, Ministry of Health ที่สนับสนุน health council ทุกระดับ และจัดให้มี health conference ทุก 4 ปี เพื่อสรุปสถานการณ์ วิเคราะห์นโยบายสุขภาพของชาติและวางแผน ทุก 4 ปี ส่วน ในประเทศอังกฤษ และสหรัฐ ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสูงอยู่แล้วที่ระดับมลรัฐและเทศบาล ในระบบกระจายอำนาจ แต่ในอังกฤษก็ยังประสบปัญหาเรื่องความพอดีของการบริหาร แบบรวมศูนย์ของ NHS และการจัดการแบบกระจายอำนาจ
3. กลไกในการดูแลและติดตามประเมินผล มักจะมีทั้งโดยรัฐ และโดยประชาชน กลไกของรัฐ อาจจะเป็นในรูปแบบตัวชี้วัด ของการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะปานกลาง และระยะยาว และ รวมถึงการจัดตั้งสถาบันที่จัดทำมาตรฐานระดับชาติ และตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาลและคลินิก ส่วนกลไกที่จัดทำโดยประชาชน มักอยู่ในรูปแบบของ สภาสุขภาพ ซึ่งได้ช่วยในการต่อต้านการทุจริตได้เป็นอย่างดี การจัดให้มีสภาสุขภาพ ทำให้การวางแผนโครงการด้านสุขภาพโปร่งใส และทุกฝ่ายทราบกลไก และปฏิบัติกับทุกคน
 4. จากการค้นคว้าประสบการณ์ของต่างประเทศ พบว่าประเทศบราซิล ใช้รัฐธรรมนูญ เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพ (ตั้งแต่ปีพ.ศ.2531) และการใส่เนื้อหาของ การปฏิรูปที่ต้องการให้มีผลบังคับใช้ ในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้งด้วย ส่วนประเทศสหรัฐ กระจายอำนาจให้กับมลรัฐดูแลงานสาธารณสุข ไม่พบ national overarching framework แต่ความคิดริเริ่มในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐ ในโครงการ Turning Point ได้กระตุ้นให้หลายมลรัฐได้ทำแผนสุขภาพของมลรัฐ ที่เป็น Overarching Public Health Framework และทำกฎหมายแม่แบบด้านการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ที่ทันสมัยด้วย ส่วนประเทศอังกฤษ มี Public Health Act ฉบับแรกตั้งแต่ปีพ.ศ.2418 และกำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขตั้งแต่นั้นมา ซึ่งพูดถึงการควบคุมความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วย แต่การปรับปรุงกฎหมายได้พัฒนาเป็นเรื่อยๆ ไป เช่นพบว่ามีเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่ อยู่ใน Health Act 2006 แต่ไม่พบว่ามี overarching statutory framework แต่รัฐบาลอังกฤษ ตั้งแต่สมัยของ Margaret Thatcher จัดทำแผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค (พ.ศ.2535) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพัฒนาเรื่อยมา จนเป็นแผนที่3 ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน “Our Health, Our Care, Our Say” จัดทำขึ้นในปีพ.ศ.2549

ตารางสรุปบทเรียนต่างประเทศ

	บราซิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	ข้อคิดสำหรับประเทศไทย
1. ระบบสุขภาพ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบกระจายอำนาจให้เทศบาล	หลักประกันสุขภาพยังไม่ถ้วนหน้า	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรัฐเป็นผู้ซื้อบริการส่วนผู้ให้บริการเป็น trusts ที่บริหารโดย Board และเริ่มเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง	ข้อคิดสำหรับแนวทางการปฏิรูปในประเทศไทยคือ จัดรัฐสวัสดิการแต่พอประมาณให้ระวางถึงแตก เสริมหนุนประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนดูแลสิ่งแวดล้อม และออกแบบกระจายอำนาจให้พอดี
2. ปัจจัยการขับเคลื่อน	ความเหลื่อมล้ำของสังคมและความทุกข์ยากของประชาชนที่เกิดจากภาวะเศรษฐกิจ	ประชาชนบางส่วนไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้	ค่าใช้จ่ายของรัฐในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ปัญหาประสิทธิภาพของระบบ (คิวรอนาน)	ข้อคิดสำหรับแนวทางการขับเคลื่อนการปฏิรูปในประเทศไทย คือ ฟังเสียงประชาชน หาทิศทางร่วมอย่าเสียงแตก เพิ่มบทบาทชาวบ้านด้วยการออกแบบกระจายอำนาจที่พอดี
3. กลไกในการดูแลและติดตามประเมินผล	สภาสุขภาพ ช่วยต่อต้านการทุจริตและทำให้การวางแผนโครงการด้านสุขภาพโปร่งใส	มีตัวชี้วัดของการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะปานกลาง และระยะยาว	Community Health Councils เป็นสภาผู้บริโภคอิสระในท้องถิ่น	ควรมีตัวชี้วัดด้านทุนทางสังคม ด้วย นอกเหนือจากผลลัพธ์ทางสุขภาพ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการประเมินผลเชิงสร้างสรรค์ เพื่อถ่ายทอดบทเรียนดี ๆ ไปสู่พื้นที่อื่น
4. กรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพ	ใช้รัฐธรรมนูญเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพเพิ่มทิศทางการปฏิรูปในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้ง	ไม่มี national overarching framework แต่มี Overarching Public Health Framework ที่ระดับมลรัฐ	มี Public Health Act ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2418 และมีการปรับปรุงเป็นส่วนๆ นอกจากนี้ มีแผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค	ประเทศไทยมีพรบ.สุขภาพแห่งชาติ กำหนดกรอบการกำกับดูแลระบบสุขภาพ และควรใช้ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติเป็น national overarching framework ที่ระบุระบบที่พึงประสงค์และทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เป็นแนวทางไปสู่การจัดทำแผนสุขภาพ ในแต่ละระดับ

ข้อเสนอต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย

1. การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยมี 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1) กำหนดแนวคิดการปฏิรูป รวมถึงการแสดงกรอบแนวคิดของระบบทั้งมวล ในเนื้อหาสาระ หลักการของธรรมนูญ และอธิบายความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ และกำหนดเนื้อหา เป็นการจัดทำเนื้อหา 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ หมวดที่ 2 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ หมวดที่ 3 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลไกสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 2 ให้สมาชิกพื้นที่พบทวนและเห็นชอบในขั้นที่ 1 และลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ เพื่อทำหมวดที่ 4 กำหนดประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ

โดย การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 1 ให้ใช้ระบบตัวแทน ส่วนการมีส่วนร่วมในขั้นที่ 2 ควรให้มีส่วนร่วมโดยตรงของประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาระดับพื้นที่เพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. การจัดตั้งคณะทำงานในการใช้กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ควรมีคณะทำงานวิชาการในเชิงลึกและเชิงกว้าง คณะทำงานวิชาการในเชิงลึกนั้นจะมีบทบาทในเรื่อง การทำกรอบแนวคิดระบบทั้งมวล รวมถึงระบบย่อยในทางวิชาการ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเครื่องมือ เพื่อนำไปดำเนินการปฏิรูประบบย่อย ส่วนคณะทำงานที่ทำงานเชิงกว้างจะมีบทบาทในการทำเรื่องของการสร้างความมีส่วนร่วมว่าจะทำอะไรให้พื้นที่ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จัดทำ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน

3. ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบของเนื้อหาในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ

มาตรา 46 ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “ให้คสช.จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ”

เมื่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เปรียบได้เป็น “ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย” เป็นเหมือนร่มคันใหญ่ที่เป็นกรอบหลักการและทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศ ดังนั้น น่าจะตีความได้ว่า **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ** หมายถึง **กรอบหลักการ ทิศทางและมาตรการสำคัญของระบบทั้งมวลและระบบย่อย ของระบบสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ควรมีอย่างน้อย 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ , หมวดที่ 2 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ, และ หมวดที่ 3 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลไกสนับสนุน นอกจากนี้ควรมีหมวดที่ 4 ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ด้วย รายละเอียดแต่ละหมวดมีดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ ซึ่งมี 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ และส่วนที่ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

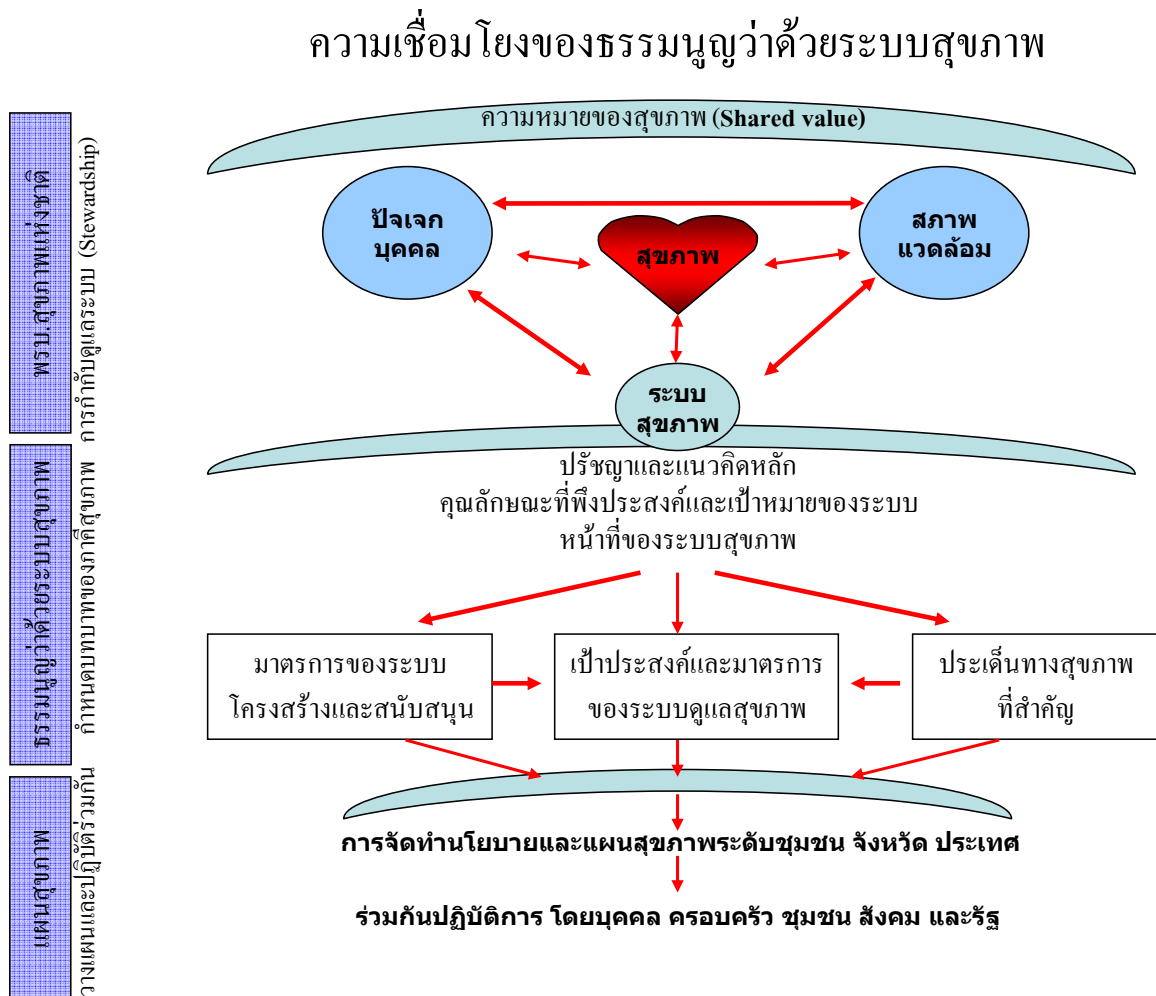
หมวดที่ 2 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ ซึ่งจะมีอย่างน้อย 5 ส่วน ประกอบด้วย หลักประกันและความคุ้มครองด้านสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ในแต่ละส่วนจะประกอบด้วย เป้าประสงค์ของระบบย่อย ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของ

ระบบสุขภาพด้วย และ แนวทางและมาตรการของระบบย่อยนั้นๆ อาจเพิ่มการประเมินสถานะปัจจุบัน และ ระบุว่าอะไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา เพื่อช่วยให้การประเมินผลในอีก 3-4 ปีข้างหน้าทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

หมวดที่ 3 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลไกสนับสนุน ซึ่งเป็นระบบที่สำคัญที่จะช่วยเอื้อให้ทุกฝ่ายทำงานร่วมกันได้ ซึ่งควรจะมีอย่างน้อย 5 ส่วน ประกอบด้วย การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้านสุขภาพ ในแต่ละส่วนจะประกอบด้วย เป้าประสงค์ของระบบย่อย ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพด้วย และ แนวทางและมาตรการของระบบย่อยนั้นๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบในการออกแบบระบบ (System design) อาจเพิ่มการประเมินสถานะปัจจุบัน นอกจากนี้ควรเพิ่มอีก 4 ระบบ คือ 1) ระบบการกำกับดูแลการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (Stewardship), 2) ระบบการประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคีในระบบสุขภาพที่ระดับท้องถิ่น, 3) ระบบการจัดทำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ, และ 4) ระบบการจัดทำแผนและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด/ชุมชน

หมวดที่ 4 ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นที่คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญว่าเป็นปัญหากับสุขภาพในลำดับต้นๆ 10-12 อันดับ ซึ่งเน้นที่การระบุประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ และใช้ระเบียบวิธีการจัดลำดับความสำคัญอย่างง่าย ที่คนส่วนใหญ่เข้าใจได้ มาเป็นเครื่องมือ

แผนภาพสรุป ความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ



แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับพรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ ดังนี้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนด การกำกับดูแลระบบสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอำนาจการกำกับระบบ และได้มองสุขภาพของบุคคล และสังคม เชื่อมโยงกับ สิ่งแวดล้อม และระบบสุขภาพ กำหนดให้มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ซึ่งจะช่วยกำหนดบทบาทของภาคีสุขภาพ และทิศทางการสุขภาพที่พึงประสงค์ รายละเอียดมาตรการของระบบสุขภาพจะเป็นแนวทางให้ภาคส่วนจัดทำแผนสุขภาพไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

Title: National Health Statute and overarching framework for health system development: Lessons for Thailand from Brazil, USA, and UK.

Siriwan Pitayarangsarit et al, 2007.

Abstract

In the contemporary development of the Thai national framework for health system development, this report has drawn the experience from Brazil, USA, and UK to be a lesson learnt for Thailand. The study conducted the document analysis, carried out during August to December 2007, by searching available information from internet. Data sources were from published literature, media and several organizations' websites.

The study found that histories, political changes and reform initiatives have influenced the route of health system development of different countries in different ways. Brazil which had been under the military dictatorship for a long time during 1964-1985 has established a supporting mechanism for people participation in the health reform agenda setting and health policy formulation. The widen participation successfully pushed the concept of human rights in health care to be adopted in the 1988 Constitution. The universal access to health care has been established by tax finance since then. Every new reform direction which has been adopted in the national health conference was incorporated in the revisions of the 1988 Constitution. The USA case presents a model of decentralization in health system development. Federal government supported states to extend the coverage of health care access. A collaborated project by academics and state governments called "Turning Point Initiative" has formulated a model of the overarching public health framework and formulated a "Model State Public Health Act" that provided initiative ideas for the states to develop their own laws and development plans with a collaboration from all

stakeholders in the state. The UK case presents a long experience of a centralized management for universal access, achieved since after the World War II. Several reforms were introduced to tackle with the cost escalation and the system irresponsiveness (long queue of elective surgery, for example). Current issues include the balance of the centralized policy and decentralized management.

Thailand has passed the National Health Act since January 2007 to establish the national health governance which promotes the role of individuals and civil societies in participating in health policy development and system monitoring and evaluation. The Brazil's experience in the supporting mechanism for people participation is useful for Thailand for comparison with the Thai national health assembly and to gain the knowledge for strengthening the civil societies' role in health policy development. The USA's experience of the collaborative working amongst academics, state officials, and private sectors seems to be fruitful in the promotion of the deliberative policy process of the health system development. An experiment in a different context such as in Thailand should be practical. The UK's experience shows the transitions from state's responsibilities in people's health to the community's and individual's choices in health care. This reflects the direction of sharing responsibilities of the society which Thailand has pursued in this era of the health system reform. With the eastern context, this study suggested that Thailand could adapt, but not adopt, some good concepts and procedures in the health system development from these three countries to establish the reform mechanism and the overarching health system framework with a particular characteristic based on the wisdom of Thais.

บทที่ 1

สรุปสาระสำคัญจากบทเรียนจากต่างประเทศ และข้อเสนอในการจัดทำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

1.1 บทนำ

“พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มุ่งหวังเพื่อให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน โดยวางกลไกยุทธศาสตร์เพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคม เป็นเจ้าของ ดูแลรับผิดชอบร่วมกัน โดยให้ทั้ง ฝ่ายการเมือง ราชการทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพต่าง ๆ และฝ่ายประชาชน เข้ามาทำงานสร้าง เสนอแนะ และผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพร่วมกัน และกำหนดให้ตราธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง ใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคม และให้ปรับปรุงธรรมนูญทุก 5 ปี

ดังนั้นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงอาจเทียบเคียงได้กับ นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ จึงน่าจะได้มีการทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศเพื่อนำมาประกอบในการกำหนดรูปแบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย

การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศนี้ได้กำหนดที่จะทบทวนประสบการณ์ของ 3 ประเทศ คือ ประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา และ อังกฤษ ซึ่งมีเหตุผลสนับสนุนการเลือกศึกษาแบบเจาะจงดังนี้ คือ

- ประเทศบราซิล มีการจัด Health conference มานานแล้วตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 และในรัฐธรรมนูญปี ค.ศ.1988 ก็ได้บรรจุเนื้อหาที่เป็นผลมาจากการประชุม Health conference ด้วย จึงมีความน่าสนใจในวิวัฒนาการของ Health conference และการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อนโยบายสุขภาพระดับชาติ
- ประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงการ Turning Point Initiative ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูป และพัฒนาระบบสาธารณสุข ในประเทศสหรัฐฯให้เข้มแข็ง ด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการสร้างความร่วมมือ จึงมีความน่าสนใจเนื้อหาของแนวนโยบาย และกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบด้วยการเปลี่ยนแนวคิดตามนิยามใหม่ของระบบสาธารณสุข
- ประเทศอังกฤษ มีการจัดทำแนวนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 ชื่อว่า “Health of the Nation” (1992-1997) และมีวิวัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงแล้วถึง 2 ครั้ง จนถึงปัจจุบันเป็น “Our health, our care, our say White Paper 2005” ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและการให้บริการทางสังคม จึงมีความน่าสนใจในเนื้อหาของแนวนโยบายและวิวัฒนาการ

1.2 วิธีการ

การทบทวนเอกสาร (Document review) เพื่อถอดบทเรียนจากต่างประเทศ ใช้กรอบการศึกษา ดังนี้

1. ค้นหาเอกสารที่ด้วยนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ
2. วิเคราะห์ ขอบเขต และ สาระสำคัญของเนื้อหาในเอกสาร แล้วจัดกลุ่มเนื้อหาเป็นประเด็น
3. ค้นหาเพิ่มเติม เพื่ออธิบายกระบวนการจัดทำเอกสาร วิวัฒนาการ บริบท บทบาทและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งกระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

ประเด็นการพิจารณารูปแบบและกระบวนการที่ได้จากการศึกษาบทเรียนทั้ง 3 ประเทศ ถูกนำไปใช้เพื่อการอภิปรายในการประชุม และการสอบถาม/สัมภาษณ์ และเพื่อรับฟังความคิดเห็นเบื้องต้นจากนักการเมือง นักวิชาการ และตัวแทนภาคประชาชน

บทนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อเสนอ ซึ่งเป็นการสังเคราะห์จากการทบทวนสาระของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ร่างพรบ.ฉบับประชาชน รัฐธรรมนูญฉบับพ.ศ.2550, บทเรียนต่างประเทศ, และ ความคิดเห็นเบื้องต้นของภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาชน แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประกอบการจัดทำรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

การศึกษานี้ใช้เวลา 4 เดือน ดำเนินการในช่วง 15 สิงหาคม ถึง 14 ธันวาคม 2550 โดยมีคณะวิจัยที่มาจากหน่วยงานของรัฐ 3 ท่านและมหาวิทยาลัยเอกชน 2 ท่าน ดำเนินการค้นหาเอกสาร อ่าน ประชุมอภิปราย ภายในคณะวิจัย สัมภาษณ์ตัวแทนจากภาคการเมืองและภาคประชาชน และสนทนากลุ่มกับตัวแทนภาควิชาการ โดยได้รวบรวมข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการที่จัดตั้งโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เข้าไว้ด้วย

1.3 บทเรียนจากต่างประเทศ

ผลการศึกษาในรายละเอียดของประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ อยู่ในบทถัดไป ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่ผู้อ่านควรได้อ่านก่อน เพื่อให้สามารถทำความเข้าใจบทวิเคราะห์นี้ การนำเสนอจะแบ่งเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิวัฒนาการและแนวคิดของการปฏิรูปของระบบสุขภาพในภาพรวมในแต่ละประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของแนวคิดการปฏิรูปกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและสังคมในแต่ละประเทศ และเปรียบเทียบกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศกับประเทศไทย

ตอนที่ 2 ปัจจัยผลักดันการขับเคลื่อนของภาคประชาชน และกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนา ศักยภาพของภาคประชาชน เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ และการขับเคลื่อนโดยภาคประชาชน รวมทั้งกลไกสนับสนุน

ตอนที่ 3 เนื้อหาและกระบวนการจัดทำกรอบแนวทางสุขภาพ เพื่อนำเสนอเจาะจงกระบวนการจัดทำและเนื้อหาของกรอบนโยบายสุขภาพ เฉพาะกรณีที่ได้เลือกมาศึกษาเป็นตัวอย่าง ที่จะนำไปสู่การสังเคราะห์ ข้อเสนอการจัดทำรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย

ตอนที่ 4 กระบวนการติดตามประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อเสนอบทเรียนจากต่างประเทศที่สามารถนำมาประยุกต์กับประเทศไทย

ตอนที่ 5 สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ

1.3.1 วิวัฒนาการและแนวคิด การปฏิรูประบบสุขภาพกับบริบทการเมืองการปกครองและสังคม

ตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง แนวคิดการสร้างหลักประกันทางสังคมให้กับคนทำงาน (Social Security) ที่มีต้นแบบมาจากประเทศเยอรมัน ที่เรียกว่า Bismarck Model (แหล่งการคลังจากเงินสมทบจากรายได้จากการทำงาน) แพร่หลายไปในหลายประเทศ รวมทั้งอังกฤษ อเมริกา และบราซิล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพ แต่รูปแบบและพัฒนาการอาจแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและชั้นอำนาจของกลุ่มต่างๆ ในสังคม ประเทศอังกฤษและบราซิลได้ขยายหลักประกันสุขภาพให้ถ้วนหน้า (Universal coverage) โดยใช้ Beveridge Model (แหล่งการคลังจากเงินจากภาษี) และมีการปฏิรูประบบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สหรัฐยังได้เถียงในแนวคิดอยู่ แม้ว่าแนวทางรัฐสวัสดิการอย่างเช่นอังกฤษ จะเป็นทิศทางที่ประชาชนในแต่ละประเทศพึงประสงค์ แต่การจัดระบบของแต่ละประเทศ ยังจะต้องคำนึงถึงการจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ครัวเรือนที่ยาวนาน การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง

1.3.1.1 วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิล

ประเทศบราซิล มีกฎหมายประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรก ใน พ.ศ.2466 ในยุคแรกของการปกครองแบบสาธารณรัฐ (ยุค Old Republic) ที่มีประธานาธิบดีสืบทอดอำนาจในกลุ่มที่มาจากมลรัฐเดิมๆ แบบระบบอุปถัมภ์ กฎหมายดังกล่าวทำให้เกิดการเจริญเติบโตของสถานพยาบาลเอกชนอย่างมาก และคุ้มครองเฉพาะคนในภาคการจ้างงานที่สามารถจ่ายเบี้ยสมทบได้ ความแตกต่างเหลื่อมล้ำของความเจริญตามภูมิศาสตร์ และความแตกต่างในความคุ้มครองด้านการเข้าถึงสถานพยาบาล ยิ่งรากลึกเป็นเวลานานกว่าครึ่งศตวรรษ การปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มขับเคลื่อนตั้งแต่ปีพ.ศ.2518 และมาสำเร็จในปี พ.ศ.2533 นั้น มีฐาน แนวคิด เรื่อง Universalism “ถ้วนหน้า” เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ เป็นแนวคิดที่ให้ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพทั่วหน้าด้วยเงินอุดหนุนจากภาษี เริ่มต้นในประเทศอังกฤษ (Beveridge Model) ตั้งแต่ช่วงท้ายๆ ของสงครามโลกครั้งที่สอง ร่วมกับแนวคิด Health For All ที่เสนอในที่ประชุม Alma Ata พ.ศ.2521¹ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และการป้องกันเป็นอันดับต้นๆ

แต่การออกแบบระบบประกันสุขภาพระบบเดียว Unified Health System (SUS) ของบราซิลไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสถานพยาบาลเอกชนที่เติบโตอย่างมาก ปลดปล่อยให้สถานพยาบาลเอกชน จัดบริการเสริมในระบบประกันที่จัดให้โดยนายจ้าง Complementary Medical Care System (SSAM) เกิดภาคการบริการสุขภาพแยกส่วนอย่างชัดเจน การคลังก็มีความเสี่ยงในช่วงแรกเมื่อ ประกันสังคมไม่ส่งเงินสมทบเข้า SUS ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2536 รัฐบาลแก้ปัญหาโดยหาแหล่งการคลังทางเลือกใหม่ (Financial transaction tax) ใช้ในปีพ.ศ.2539-2544 ใน

¹ Behague, DP., Goncalves, H., and Dias Da Costa, J. 2002. Making medicine for the poor: primary health care interpretation in Pelotas, Brazil. Health Policy and Planning; 17(2): 131-143

ที่สุดต้องมีการแก้ไขรัฐธรรมนูญผูกพันให้รัฐบาลกลางจัดงบประมาณให้ SUS ทุกปี ไม่น้อยกว่าเดิม และปรับด้วยค่าเงินเพื่อให้ทุกปี และผูกพันให้มลรัฐและเทศบาลต้องจัดงบประมาณสมทบเพิ่มขึ้นทุกปีจนถึงเกณฑ์ที่กำหนด

SUS บริหารเงินทั้งการบริการสุขภาพส่วนบุคคลและการสาธารณสุขพื้นฐาน กระจายอำนาจให้กับกองทุนท้องถิ่นในการจัดการเครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐและเริ่มเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลเอกชนแบบทั้งแข่งขันและเป็นส่วนเพิ่ม การปฏิรูปในปีพ.ศ. 2539 จัดวงเงินให้ท้องถิ่นเป็นอัตรารายหัว โดย แยกการจัดสรรเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในระบบตามจำนวนบริการของแต่ละแห่งภายใต้เพดานงบประมาณรักษาพยาบาลของท้องถิ่นนั้นๆ และจัดสรรเงินให้กับกองทุนท้องถิ่นแบบรายหัวสำหรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานและกิจกรรมระดับวิทยา ท้องถิ่นบริหารจัดการแบบประสานงานและมีส่วนร่วมจากชุมชน ทำให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี

บราซิลยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำของการบริการสาธารณสุขในประเทศบราซิล² เพราะโครงสร้างการกระจายของแพทย์ไม่ดี เป็นไปตามอำนาจเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้เทศบาลยังมีรายได้ที่แตกต่างกัน ผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนแยกตัวออกจากระบบใหญ่และจัดบริการเฉพาะที่มีกำไร ประกันเอกชน SSAM ไม่ยอมให้SUSเบิกเงินคืนกรณีผู้เอาประกันมาใช้บริการในระบบ SUS³

1.3.1.2 วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง ในยุคที่แนวคิดประกันสังคมแพร่มาจากเยอรมัน นักปฏิรูปหัวก้าวหน้าในสหรัฐเคยเสนอการประกันสุขภาพภาคบังคับให้สำหรับคนงานเพื่อแก้ปัญหาการขาดรายได้และขาดค่ารักษาพยาบาล (พ.ศ. 2458) แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะสหพันธ์ผู้ใช้แรงงาน เพราะไม่มีการปรึกษากันมาก่อน นอกจากนี้กลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่ถูกลอบปอย่างหนักก็ไม่เห็นด้วย และต่อต้าน เพราะกลัวว่าจะสูญเสียรายได้และขาดความเป็นอิสระ

เมื่อเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาเริ่มตกต่ำในปี พ.ศ.2471 จึงมีการรวมตัวกันเดินขบวนเรียกร้องการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้กับคนงานและผู้สูงอายุ กฎหมายประกันสังคมผ่านสภา (พ.ศ.2478) แต่ไม่มีเรื่องประกันสุขภาพ คณะกรรมการที่พิจารณา เสนอให้รัฐบาลกลางสนับสนุนให้มลรัฐเป็นผู้จัดระบบประกันสุขภาพ แทนที่จะออกกฎหมายจัดระบบที่ระดับชาติ

การปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐในช่วงต่อมาจึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป เป็นส่วนๆ การประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานกลายเป็นข้อตกลงในระดับนายจ้างผ่านบริษัทประกันเอกชน โครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติในระบบประกันสังคม Medicare เกิดขึ้นได้ในพ.ศ. 2508 ส่วน โครงการ ประกันสุขภาพแก่ผู้มี

² Elias, Paulo. And Cohn, Amelia. Health Reform in Brazil: Lessons to consider. American Journal of Public Health, Volume 93, No.1, 2003

³ Pedro Cesar Lima De Faris. 1998. Social Security in Brazil: Problems and Trends. Report. George Washington University, Institute of Brazilian Issues, The Minerva Program. Fall 1998.

รายได้น้อย เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ (Medicaid) ทายอยเกิดขึ้นในระดับมลรัฐตั้งแต่พ.ศ. 2508 ความครอบคลุมประกันสุขภาพทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาจนถึงปีพ.ศ.2549 มีแค่ 84% ⁴ แบ่งเป็นผู้ประกันโดยนายจ้าง 54%, Medicare 12%, Medicaid 13%, และประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคล 5%

แนวคิดเรื่องประกันสุขภาพถูกผลักดันหลายครั้ง แต่การผลักดันมักไม่ค่อยประสบความสำเร็จ เพราะเป็นการผลักดันมาจากนักวิชาการและคนวงใน ไม่มีแรงสนับสนุนจากภาคประชาชน ไม่ได้พยายามผลักดันการขับเคลื่อนจากรากหญ้า และคนงานระดับล่าง⁵ (ซึ่งต่างกับครั้งที่มีการขับเคลื่อนเรื่อง Medicare) รวมถึงรายละเอียดในแผนปฏิรูปในบางรัฐบาล (เช่นคลินตัน) ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรากหญ้า เนื่องจากแผน ไปสนับสนุน “health alliances” ที่เอื้อประโยชน์ปกป้องทั้งนายจ้างและอุตสาหกรรมธุรกิจประกันภัย ในขณะที่มีแผนที่นักปฏิรูปอื่นๆเสนอขึ้นมา เช่นการจัดระบบ Single payer ใช้เงินจากภาษี ทำให้เสียงสนับสนุนไม่เห็นพ้องเป็นเสียงเดียวกัน ประกอบกับรายละเอียดใน Clinton proposal มีถึง 1,342 หน้า มีรายละเอียดซับซ้อนและสับสนเกินกว่าที่จะจุดประกายความนิยมให้กับการขับเคลื่อนภาคประชาชน นักเคลื่อนไหวส่วนใหญ่จึงไม่สามารถรณรงค์สนับสนุนข้อเสนอในครั้งนั้นได้ ทำให้คลินตันถอดร่างกฎหมายฉบับนั้นไปในที่สุด

แนวทางในระยะหลัง จึงมีการเคลื่อนไหวการปฏิรูปในระดับมลรัฐที่สามารถทำให้คนรากหญ้าร่วมทำงานด้วยมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสำเร็จ เช่นในการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรัฐ Maine อนุมัติแผนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และคาดว่าจะสำเร็จถ้วนหน้าปีพ.ศ. 2552 เป็นต้น ส่วนการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขเริ่มเป็นประเด็นในการพัฒนาในระดับมลรัฐ เช่นโครงการ Turning Point (พ.ศ.2540) บนหลักแนวคิดของความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ (Collaboration) เพราะการสร้างความร่วมมือที่ระดับพื้นที่สามารถทำได้จริง

แนวคิดการปฏิรูปของสหรัฐยังมีการถกเถียงต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2550 ประเด็นข้อเสนอในการหาเสียงเพื่อเลือกประธานาธิบดีสหรัฐในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2551 ยังคงเป็นเรื่องประกันสุขภาพ เนื่องจาก 15.3% ของประชากรยังไม่มีประกันสุขภาพ รายละเอียดของนโยบายมีความแตกต่างกันในแต่ละพรรค

Hillary Clinton พรรค Democrat เสนอนโยบายเพื่อให้ทุกคนสามารถจ่ายประกันสุขภาพได้ ด้วยกลไกทางการเงินการคลังคือลดหย่อนภาษี และสร้างทางเลือกการประกันใหม่ที่จัดโดยภาครัฐที่คล้าย Medicare โดยรัฐอุดหนุนเบี้ยประกันในส่วนที่เกินสัดส่วนเพดานที่กำหนดต่อรายได้ คาดว่าจะใช้เงินในแผนนี้ 110 พันล้าน USD ⁶ พยายามทำให้ทั้งคนที่มี และไม่มีประกันมาก่อน รู้สึกได้ว่า จะได้ประโยชน์กันถ้วนหน้า และพยายามเพิ่ม

⁴ <http://www.statehealthfacts.org/comparebar.jsp?ind=125&cat=3>

⁵ Hoffman, B. Health care Reform and Social Movements in the United States. American Journal of Public Health 2003; Vol 93, No.1

⁶ Katherine Burger. 2008 Presidential Election Promises Change for Health Insurance Industry. FinanceTech. <http://www.financetech.com/featured/showArticle.jhtml?articleID=202805135>

คุณภาพของบริการ ⁷ ในขณะที่ผู้แข่งขันจากพรรค Democratic คนอื่นๆ เช่น John Edwards and Barack Obama มีแผนขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพแบบหลายระบบเช่นกัน ส่วน Dennis Kucinich สนับสนุน a single-payer system ในขณะที่ พรรค Republican สัญญาว่าจะขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพ โดยกลไกของตลาด เพิ่มการแข่งขันของระบบประกันสุขภาพเอกชน เพื่อลดอัตราเบี้ยประกันที่ประชาชนต้องจ่าย และคืนภาษี \$7,500 ต่อคน และ \$15,000 ต่อครอบครัว เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปจ่ายเบี้ยประกันได้ ⁸

โดยสรุป รูปแบบของระบบสุขภาพในสหรัฐจึงระบบตลาดมากที่สุด เป็นประเทศพัฒนาแล้วที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริษัทประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทสูง แพทย์มีความเป็นอิสระสูง จนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการผลักดัน Medicare สำหรับผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ.2508 ด้วย ในขณะที่สหรัฐยังคงระบบตลาด โครงการประกันสุขภาพของรัฐเช่น Medicaid ก็หาทางควบคุมค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยวิธีการ “Managed care หรือ Managed competition” โดยการซื้อบริการกับ Health Maintenance Organization (HMO) (อาจเป็นบริษัทประกันก็ได้) ซึ่งคนไข้ต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ภายใต้สัญญาของ HMO แล้ว Medicaid จ่ายเบี้ยประกันให้ HMN เป็นรายเดือน

1.3.1.3 วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นต้นแบบของประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยแหล่งเงินจากภาษี (Beveridge Model) แต่ก่อนหน้านั้น ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง อังกฤษก็ได้ถือถือแนวคิดเรื่องประกันสังคมมาจากเยอรมัน (Bismarck Model) เช่นกัน ที่ใช้แหล่งเงินจาก เงินสมทบของประชาชนที่มีรายได้มาจากการทำงาน ในปีพ.ศ. 2454 รัฐบาลพรรค Liberal ออกกฎหมายการประกันสุขภาพให้กับคนงานในประเทศอังกฤษ โดยคนงานขึ้นทะเบียนกับแพทย์โดยตรง และกองทุนจ่ายในอัตรารายหัวให้กับแพทย์ การออกแบบระบบโดยวิธีการขึ้นทะเบียนตรงกับแพทย์และจ่ายในอัตรารายหัว เป็นแนวคิดสำคัญที่เป็นรากฐานของระบบสุขภาพของอังกฤษจนถึงทุกวันนี้

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพภาครัฐถูกพัฒนาขึ้นอย่างมากทั่วประเทศ ในช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่สอง อันเนื่องมาจากประชาชนจำนวนมากได้รับบาดเจ็บจากกองทัพเยอรมัน จึงเกิดการจัดตั้ง Emergency Medical Service เชื่อมโยงระบบทั่วประเทศ ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายห้องแล็บ ระบบคลังเลือด และระบบจัดบริการผ่าตัด ประสาทวิทยา จิตวิทยา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นประวัติศาสตร์รากฐาน ตอบคำถามว่าทำไมระบบบริการสุขภาพภาครัฐในอังกฤษจึงเข้มแข็งกว่าภาคเอกชนมากนัก

การเปลี่ยนแปลงระบบการประกันสุขภาพจากระบบ Bismarck Model มาเป็นระบบ Beveridge Model ที่ใช้ภาษีจัดประกันสุขภาพให้กับทุกคน ในปีพ.ศ.2491 จึงเกิดขึ้นได้บนความพร้อมของ 1) โครงสร้างบริการสุขภาพภาครัฐ, 2) แนวคิดของแผนฟื้นฟูสังคมที่บูรณาการของ Sir William Beveridge ที่มีแนวคิดที่จะ

⁷ New York Times Newspaper, Unveiling Health Care 2.0, Again. 16 September 2007, <http://www.nytimes.com/2007/09/16/weekinreview/16toner.html?ref=views>

⁸ NewYork Times <http://politics.nytimes.com/election-guide/2008/issues/healthcare/index.html>

ลดความแตกต่างของมาตรการช่วยเหลือของรัฐที่ปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมาย ประกอบกับ 3) ความสามารถของผู้นำ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข Aneurin Bevan ที่สามารถสร้างแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพทั่วประเทศโดยการส่งข้อเสนอไปที่ระบบ Emergency Medical Service ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้ภาษีของระดับประเทศในโครงการสุขภาพจะช่วยแก้ปัญหา ความสามารถที่แตกต่างกันของท้องถิ่นในการหารายได้ และใช้ความได้เปรียบของรัฐบาลพรรค Labor ในรัฐสภาผ่านกฎหมายได้ในที่สุด การปฏิรูปครั้งนั้นให้สิทธิพิเศษมากมายกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดแรงต้าน และเกิดโครงสร้าง 3 ระบบย่อย (Tripartite structure) คือ 1) ระบบโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ (Hospitals and Specialists) ภายใต้การจัดการของ 14 regional boards, 2) เวชปฏิบัติทั่วไป (General practice) ภายใต้สัญญาที่บริหารโดยระดับประเทศ และ 3) บริการสุขภาพชุมชน (Community health service) เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน ผดุงครรภ์, งานอนามัยแม่และเด็ก และการป้องกันโรค อยู่ภายใต้การจัดการของรัฐบาลท้องถิ่น ต่อมาในปี พ.ศ.2517 บริการของโรงพยาบาลและของท้องถิ่น ถูกรวมไปจัดการภายใต้ Regional Health Authorities

NHS ยุคแรกนี้เป็นยุคที่ให้ความสำคัญกับโรงพยาบาล (hospital-dominated system) ประชาชนต้องเลือกขึ้นทะเบียนกับ GP การรักษาแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลจะได้รับการรักษาทันที ในขณะที่การส่งต่อเพื่อบริการเฉพาะทางอื่น (elective specialty care) ต้องรอคิวนาน (เฉลี่ย 46 วัน) จึงมีผู้ซื้อประกันเอกชนอยู่ส่วนหนึ่งประมาณ 11.5%ของประชากร

จากปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำมายาวนาน ในช่วงพ.ศ. 2505-2522 รัฐบาลเปลี่ยนไปมาในการเลือกตั้งแต่ละครั้ง (ครั้งละ 4 ปี) ระหว่าง พรรค Conservative และพรรค Labor จนกระทั่งกรณีพิพาทรุนแรงระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรม ในช่วงรัฐบาล Labor (พ.ศ.2521) ทำให้พรรค Conservative ใช้จุดอ่อนของพรรค Labor ในการเอาชนะการเลือกตั้งที่มีขึ้นในปีพ.ศ.2522 มีผลให้ Margaret Thatcher เป็นนายกรัฐมนตรียาวนานถึง 3 สมัย (ค.ศ.1979-1990) มาตรการต่างๆด้านเศรษฐกิจ ถูกนำมาใช้เพื่อลดรายจ่ายภาครัฐ และเพิ่มการแข่งขัน

รัฐบาล Thatcher ได้นำมาตรการการจัดการ (general management) เพื่อแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพมาใช้กับ NHS เริ่มตั้งแต่พ.ศ. 2526 แนวคิดเรื่อง Internal market เริ่มในปี 2532 และผ่านกฎหมาย the National Health Service & Community Care Act (พ.ศ.2533) ที่เปลี่ยนบทบาท NHS จากการบริหารโรงพยาบาลเองมาเป็นผู้ซื้อบริการจากโรงพยาบาลของตนเองและโรงพยาบาลในสังกัดอื่น GPกลายเป็นผู้ถือเงิน (fund holders) ที่สามารถซื้อบริการต่อจากผู้จัดบริการอื่นให้กับคนไข้ที่ลงทะเบียนไว้กับตน ส่วนผู้ให้บริการกลายเป็น Independent trusts ที่บริหารโดย Board แบ่งเป็น 5 แบบ Primary care trust, Hospital trust, Ambulance Services Trust, Care Trusts, และ Mental health Services Trust เรียกว่าเป็นยุคปฏิรูปเพื่อสนับสนุน GP fundholding

แนวคิดเรื่องลดคนเจ็บ และลดอัตราการตาย เพื่อลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศ ปรากฏอยู่ในแผน The Health of the Nation (1992-1997) จัดทำโดย Department of Health เป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพ แผนแรกๆที่จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพสูงสุด 5 อันดับ และกำหนดเป้าหมายการทำงานที่จะลดโรค และเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนโดยรวมอย่างชัดเจน มีการทำงานประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่

เกี่ยวข้องด้วย แต่ผลการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่าง ชุมชนและรัฐ

ต่อมาพรรค Labor เป็นรัฐบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เปลี่ยนนโยบายจาก Managed competition เป็น Managed cooperation สร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนมากขึ้น (public-private partnership) พัฒนาให้มี primary care Trust ที่รวมเอางานของ GP เข้าไว้กับงานบริการชุมชนและเชื่อมกับประเด็นนโยบายด้าน สาธารณสุข, พัฒนาโครงการประสานความเชื่อมโยงด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการศึกษา, กระจาย งบประมาณส่วนกลางไปให้ Primary care Trusts ให้มากที่สุด และสนับสนุนให้ Trusts สร้างความเชื่อมโยงกับ Specialists และโรงพยาบาล, สร้างความเข้มแข็งให้ตลาดสุขภาพมากขึ้นเช่นสนับสนุนให้รับช่วงบริการ (outsourcing of medical services) หรือสร้างโรงพยาบาลโดยเอกชน

แผนสุขภาพปีพ.ศ. 2542 ที่จัดทำโดย Department of Health ในยุค Tony Blair “Saving lives: Our Healthier Nation” เสนอกลยุทธ์ใหม่ที่มีบทบาทร่วมกันทั้งของบุคคล ชุมชนและรัฐ เปลี่ยนมุมมองจากการที่เน้น แก้ปัญหาโรค มาเป็นการมอง Good health และ Better health มีกลยุทธ์ในเรื่องทักษะด้านสุขภาพมากมาย (Health skills)

แผนสุขภาพล่าสุด Our Health, Our Care, Our Say ปีพ.ศ.2549 มุ่งไปที่กระจายอำนาจอย่างไร จึง เหมาะสม เพราะมีความขัดแย้งของการรวมอำนาจและกระจายอำนาจ ท้องถิ่นไม่มีอิสระ นอกจากนั้นยัง มีความ ขัดแย้งระหว่าง NHS กับแพทย์ (โดยเฉพาะ primary care)

อังกฤษเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และรัฐมุ่งเน้นรัฐสวัสดิการ รัฐมีรายได้จากภาษีเป็นอัตราที่สูง และรัฐ เป็นผู้ริเริ่มในการจัดบริการและรับประกันสิทธิในการเข้าถึงบริการ การวิวัฒนาการจวบจนทุกวันนี้ มีการขยาย ขอบเขตการบริการไปสู่บริการในชุมชนและบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ แต่ระหว่างทางจะต้องจัดการกับ ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น การขาดแคลน Specialist คิวยาวคอยที่ยาวนาน การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ⁹ และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง มี ข้อสังเกตว่า มีการใช้วิชาการเป็นฐานในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก แต่กลับไม่พบการเคลื่อนไหว ของกลุ่มประชาชนเพื่อผลักดันในเรื่องนโยบายสุขภาพนอกสภา เพราะถือว่าประชาชนใช้สิทธิโดยการเลือก ผู้แทนไปทำหน้าที่ในสภาผู้แทน และสามารถแสดงบทบาทได้เต็มที่ ในองค์กรผู้บริโภค ที่เรียกว่า สภาสุขภาพ ท้องถิ่น (Community Health Councils)

มีประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของประชาชน คือ

- 1.ประชาชนมีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาของตนโดยสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ Primary Care Trust ได้ก็ได้
- 2.ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน พัฒนา ติดตามและตรวจสอบการให้บริการในสภาสุขภาพ ท้องถิ่น

⁹ Light D. Universal Health Care: Lessons From the British Experience. American Journal of Public Health 2003; 93(1): 25-30

3.การมีส่วนร่วมของสาธารณะชนโดยทั่วไป เช่น

- การจัดตั้งองค์กรทางสุขภาพ เช่น Community Health Council
- การแสดงความคิดเห็นของประชาชน โดยการร้องเรียนกับ NHS หรือสื่อ
- การตรวจสอบคุณภาพ
- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help) และกลุ่มรณรงค์

นอกจากนี้ยังมี ผู้ตรวจการแผ่นดินด้านสุขภาพ (Health Ombudsman) ซึ่งจะทำหน้าที่สืบสวนเรื่องร้องเรียนต่างๆ จากประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS แต่ผู้ตรวจการไม่สามารถดำเนินการสอบสวนกรณีต่างๆ ซึ่งอยู่ในกระบวนการของศาลได้ กระบวนการศาลจะเป็นกระบวนการสุดท้ายที่ประชาชนสามารถไปฟ้องร้องโดยอิสระ

กลยุทธ์ที่สำคัญของผู้ตรวจการคือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำให้เป็นข่าว ผู้ตรวจการจะตีพิมพ์ในเอกสารซึ่งตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง และได้รับการตีพิมพ์อย่างกว้างขวางในสื่อมวลชนต่างๆ รายงานของผู้ตรวจการจะได้รับการตรวจสอบโดยคณะกรรมการของรัฐสภาที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และคณะกรรมการนี้ทำให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มอำนาจของผู้ตรวจการในทางอ้อม คณะกรรมการของรัฐสภาสามารถเรียก Health Authorities หรือ ผู้ที่เกี่ยวข้องและซักถามผู้บริหารถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร้องเรียนนั้นๆ เกิดแรงกดดันทางจิตใจมากกว่าแรงกดดันทางกฎหมาย ส่งผลให้มีความรับผิดชอบต่อน้ำที่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการร้องเรียนตามมา

1.3.1.4 วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทยเปรียบเทียบกับของต่างประเทศ

ตาราง 1.1 แสดงเหตุการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิล สหรัฐ อังกฤษและไทย ตามช่วงเวลา ประเทศสหรัฐและอังกฤษอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ส่วนประเทศไทยกับบราซิลอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา – Lower-Middle income country แต่บราซิลมี รายได้ประชาชาติ Gross National Income ต่อหัวสูงกว่าของไทย (ในปีพ.ศ.2549 GNI per capita ของบราซิลและไทยเป็น 3,460 USD และ 2,990 USD ตามลำดับ) ประเทศสหรัฐและบราซิลมีการปกครองแบบประชาธิปไตยแบบสหพันธรัฐ มีประธานาธิบดีบริหารประเทศและรัฐบาลกลาง (Federal government) ส่วนอังกฤษและไทยมีการปกครองแบบประชาธิปไตย ที่มีนายกรัฐมนตรีบริหารรัฐบาลของประเทศ

ตารางที่ 1.1 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา อังกฤษและไทย

ช่วงเวลา/พ.ศ.	บราซิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	ไทย
Pre-World War II	พ.ศ. 2466 เริ่มมีกฎหมายประกันสังคมครอบคลุมประกันสุขภาพ เฉพาะคนงานในเขตเมือง และกลุ่มวิชาชีพ	พ.ศ.2478 มีกฎหมายประกันสังคมแต่ไม่ครอบคลุมสุขภาพ	พ.ศ.2454 ประกันสุขภาพสำหรับคนทำงาน ครอบคลุมบริการสุขภาพปฐมภูมิ	
During World War II ค.ศ. 1939 - 1945			Emergency Medical Service	
Post-World War II		พ.ศ. 2508 (ค.ศ. 1965) ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ (Medicare) พ.ศ. 2508 ประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย (Medicaid) จัดโดยมลรัฐแบบสมัครใจ	พ.ศ. 2491 National Health Service (NHS) ยุค Hospital dominated system	พ.ศ.2495 ตั้งกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2497 ออกพรบ.ประกันสังคมแต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ พ.ศ.2498 สวัสดิการทดแทนการบาดเจ็บจากการทำงาน สำหรับข้าราชการ
Health For All / Managed Competition ถึงปัจจุบัน	พ.ศ. 2518 มีการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ บนหลักการถ้วนหน้า (Universalism)ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนประชาธิปไตย พ.ศ.2531 ร่างนโยบายสุขภาพ ที่จัดตั้งระบบ Unified Health System อยู่ในรัฐธรรมนูญ ประกาศใช้ พ.ศ. 2533 พ.ศ.2533 เกิด SUS ครอบคลุมประชากรทุก	ช่วง พ.ศ. 2537 รัฐบาลจากพรรครีพับลิกันพยายามจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ไม่สำเร็จ พ.ศ.2540-46 ปฏิรูประบบการสาธารณสุขในระดับมลรัฐ “Turning Point” พ.ศ. 2550 ประเด็นการขยายหลักประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการหาเสียงเลือกตั้ง	พ.ศ.2525 รัฐบาล Thatcher ใช้กลไก general management reform in NHS พ.ศ.2533 ออกกฎหมายปฏิรูป NHS จากการจัดการรวมศูนย์ไปเป็น Managed competition - Internal market ยุค GP fundholding พ.ศ.2535 ออกแผนสุขภาพ The Health of the Nation (1992-1997) เพื่อลดรายจ่ายค่า	พ.ศ.2516 กองทุนทดแทนแรงงาน พ.ศ.2518 สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย พ.ศ.2522 สาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. 2523 สวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ พ.ศ. 2529 บัตรสุขภาพ พ.ศ.2533 กฎหมาย ประกันสังคม มีผลบังคับใช้ เกิดระบบประกัน

ช่วงเวลา/พ.ศ.	บราซิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	ไทย
	คน 174.6 ล้านคน จัดบริการโดย สถานพยาบาลภาครัฐเป็น ส่วนใหญ่ ควบคู่ไปกับ Complementary Medical Care System (SSAM) ที่เป็นประกัน สุขภาพเอกชนผูกกับการ จ้างงาน ครอบคลุม ประชากร 33 ล้านคน (19%) พ.ศ.2538 รัฐบาล พยายามแก้กฎหมายให้ SSAM จ่ายค่ารักษาของผู้ มีประกันสุขภาพเอกชนให้ โรงพยาบาลใน SUS แต่ ไม่สำเร็จ พ.ศ.2539 SUS จ่ายงบ รายหัวให้ท้องถิ่น	ประธานาธิบดีปี 2551	รักษาพยาบาล พ.ศ. 2539 รัฐบาล Tony Blair มินนโยบายปฏิรูป จาก competition เป็น “partnership” and “cooperation.” พ.ศ.2540 ปรับ โครงสร้างNHS มี Primary health care Trusts พ.ศ.2542 ออกแผน สุขภาพ Saving lives: Our Healthier Nation. พ.ศ.2549 ออกแผน สุขภาพ: Our Health, Our Care, Our Say.	สุขภาพให้กับคนทำงาน พ.ศ.2544 โครงการ 30 บาทที่มี การปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ และการ ประกันสุขภาพ พ.ศ.2544 พรบ.สร้าง เสริมสุขภาพ พ.ศ.2545 พรบ. หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545-49 แผน 9 เน้น All for Health พ.ศ.2550 พรบ.สุขภาพ แห่งชาติ

การวางรากฐานระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐของไทยเชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์ ทำให้เกิดการจัดตั้งการพัฒนากำลังคนและโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนตะวันตกขึ้น และขยายเป็นโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งได้ถูกพัฒนาเป็นลำดับหลังมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุข(พ.ศ. 2495) ตามพรบ.ปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม พ.ศ.2485 จนในช่วงพ.ศ.2520-2530 มีโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานีอนามัยครบทุกอำเภอและตำบล และพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานอย่างกว้างขวาง แม้ว่าการแพทย์แผนไทยจะเคยถูกบรรจุไว้ในการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ของไทยตั้งแต่เมื่อตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งแรกพ.ศ.2432 แต่ก็ถูกยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยไปในพ.ศ.2459 เนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากับการแพทย์แผนตะวันตกและหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้¹⁰ ประวัติศาสตร์ดังกล่าวทำให้ไทยมีโครงสร้างระบบบริการในภาครัฐเป็นการแพทย์แบบตะวันตก และภาครัฐใหญ่กว่าภาคเอกชน คล้ายๆกับอังกฤษ

¹⁰ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2548. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544- 2547. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ISBN 974-465-888-6

ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่งเริ่มโตหลังระบบประกันสังคมประกาศใช้ในปีพ.ศ.2533 และเศรษฐกิจเฟื่องฟูเป็นลำดับ

แนวคิดการพัฒนาคน ถูกผนวกในนโยบายด้านสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 เป็นครั้งแรก เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543" ซึ่งปรากฏการณ์นี้นับว่า เป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ เน้นส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค มากกว่าการรักษาโรค โดยแต่ละบุคคลควรได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว นับเป็นการเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนการพัฒนาสังคมจากการกระจายบริการสังคม ไปสู่ประชาชน ไปสู่การพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสังคมมากยิ่งขึ้น¹¹ ซึ่งเป็นประเด็นที่ประเทศอังกฤษกลับมาให้ความสำคัญในขณะนี้

ในด้านหลักประกันด้านค่ารักษาพยาบาล ประเทศไทยเคยมีกฎหมายประกันสังคมมาแล้วครั้งหนึ่ง ถูกประกาศใช้ในปี.ศ.2497 แต่กฎหมายนั้นไม่สามารถประกาศใช้เพราะมีแรงต้านจากบริษัทประกันภัยเอกชนและวิสาหกิจ รวมทั้งรัฐวิสาหกิจ¹² ภายหลังมีการขับเคลื่อนของหลายภาคส่วนในสมัยรัฐบาลที่ ๗ พณฯท่าน พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี และผลักดันให้มีกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้ในปี.ศ.2533 ที่ใช้มาจนถึงทุกวันนี้ ระบบเป็นแบบ Bismark Model (จ่ายเงินสมทบสามฝ่าย จากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐ) คล้ายประกันสังคมของบราซิลในยุคแรก ที่ให้โรงพยาบาลเอกชนมาจัดบริการให้กับผู้ประกันตน แต่ไทยให้โรงพยาบาลรัฐร่วมในโครงการด้วย และจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวเหมือน managed care ในช่วงก่อนที่กฎหมายประกันสังคมจะใช้งานได้จริง มีสวัสดิการทดแทนการขาดรายได้จากการทำงานสำหรับข้าราชการเกิดขึ้นในปีพ.ศ.2498 ที่พัฒนาจนขยายความคุ้มครองการเจ็บป่วยทั่วไป ไปเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการตามมติคณะรัฐมนตรีพ.ศ.2523, และยังมีกองทุนเงินทดแทนการขาดรายได้จากการทำงานสำหรับคนทำงานภาคเอกชน เกิดขึ้นในปีพ.ศ.2531 ก่อนกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้

ส่วนการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป มีแนวคิดที่เริ่มจากการสงเคราะห์คนจน พัฒนาไปเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยตั้งแต่พ.ศ. 2518 รัฐบาลได้เริ่มให้สวัสดิการกับคนจนก่อนด้วยงบประมาณ แล้วขยายความคลุมไปยังกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ สำหรับแรงงานนอกภาคการจ้างงานในชนบทมีโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ในพ.ศ.2529 (ร่วมจ่ายระหว่างเอาผู้ประกันและรัฐ) แต่เมื่อรวมทุกโครงการแล้วไม่สามารถขยายความครอบคลุมการประกันสุขภาพได้มากกว่าร้อยละ 69 ของประชากรทั้งประเทศ (พ.ศ.2543) จนในที่สุดพรรคการเมือง พรรคไทยรักไทย นำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปหาเสียง และชนะการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ.2544 ทำให้ระบบประกัน

¹¹ หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ คอลัมน์แพลนนิ่ง ประสพการณ์จากการเรียนรู้ ประชาชาติธุรกิจ วันที่ 23 มิถุนายน 2546 ปีที่ 27 ฉบับที่ 3490 (2690) คอลัมน์ แพลนนิ่ง ประสพการณ์จากการเรียนรู้. ประชาชาติธุรกิจ. วันที่ 23 มิถุนายน 2546 ปีที่ 27 ฉบับที่ 3490 (2690) หน้า 6 <http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2003q2/article2003june23p4.htm>

¹² นิคม จันทรวิทุร. 2528. การประกันสังคม 30ปีที่รอคอย (พิมพ์ครั้งที่2) มูลนิธิโกลบอลคิมทอง กรุงเทพฯ

สุขภาพของรัฐมี 3 ระบบหลักคือการประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การประกันสังคม, และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรายละเอียดของรายจ่ายและวิธีจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ต่างกันอยู่บ้าง การที่ไทยยังคงระบบประกันสังคมไว้ ได้ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านของไทยไม่ประสบกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณมากเกินไป ซึ่งต่างจากบราซิล ที่ล้มเลิกระบบประกันสุขภาพในประกันสังคมทันที บทเรียนจากบราซิลชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีการเปลี่ยนให้ทั้งระบบเป็นแบบระบบเดียว (สร้างความเท่าเทียม) แต่ไม่ได้วางแผนการคลังรองรับไว้ ทำให้ระบบประสบปัญหางบประมาณ และโรงพยาบาลเอกชนแยกตัวออกจากการประกันสุขภาพภาครัฐ ไปเป็นส่วนเสริมเท่านั้น ซึ่งทำให้ระบบมีประสิทธิภาพลดลง

ในขณะที่พรรคการเมืองให้ความสนใจกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ด้วย ที่เห็นชัดเจนใน 2 เรื่อง คือ

1) การออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2543 และพัฒนาจนมาเป็นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีพรบ.รับรองตั้งแต่วันที่ 7 พฤศจิกายน 2544 การผลักดันให้มีสสส.มาจากแนวคิดเรื่องของการสนับสนุนให้สังคมขับเคลื่อนเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต และจัดระบบการคลังให้มั่นคงโดยผูกกับรายได้จากภาษีสุราและบุหรี่¹³ สสส.เป็นนวัตกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานนอกกระทรวงสาธารณสุข มีจุดเน้นทั้งในแง่การส่งเสริมสุขภาพและในแง่การขับเคลื่อนสังคม

2) การจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปรส.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 มีแนวคิดที่จะวางกลไกเพื่อขับเคลื่อนสังคม ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมกันดูแลสุขภาพของตนและคนในสังคมบนแนวคิด All for health, toward Health For All ซึ่งแนวคิดนี้ถูกบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 ด้วย และมองระบบสุขภาพในนิยามที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งผลของการขับเคลื่อน ได้มาซึ่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดโครงสร้างกลไกของรัฐที่ยั่งยืน ในการสนับสนุน ขบวนการการทำงานร่วมกันของรัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ

ซึ่งกลไกของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติของไทย น่าจะเทียบได้กับ Secretariat for Participatory Management ของบราซิล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเสนอกลยุทธ์และกลวิธีในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ SUS แบบประชาธิปไตย โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของสภาสุขภาพในระดับมลรัฐและระดับเทศบาล
- จัดทำกลวิธีในการประเมินผลงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
- นำเสนอกลยุทธ์ในการพัฒนาและส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมในการเข้าร่วมการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ สภาสุขภาพ และเครือข่ายสภาสุขภาพแห่งชาติ
- จัดอบรม สมาชิกสภาสุขภาพ (Health Council)

¹³ ปาริชาติ ศิวัธน์.2542. กำเนิดกองทุน สสส. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ

-ประสานงานระหว่างระดับบริหารของ SUS

-ประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นตัวแทนด้านสิทธิของประชาชน

แต่อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพของบราซิล ยังจำกัดอยู่ในเรื่องการพัฒนากระบวนการสุขภาพและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน ในขณะที่ประเทศไทยมองไปถึงการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพแล้ว ส่วนสหรัฐก็ได้ปฏิรูปในส่วนของ การจัดวางระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพให้กับคนในชาติด้วยการจัดการที่ระดับมลรัฐและท้องถิ่นที่มีกลไกของสภาสุขภาพเป็นหลัก ที่ให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบ ส่วนประเทศอังกฤษพัฒนาให้มี Primary care trusts ดูแลงานสุขภาพแบบบูรณาการ ในท้องถิ่น โดยดูทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคล และงานสาธารณสุขทั่วไป และมองการแก้ปัญหาเชื่อมโยงกับงานด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการศึกษาด้วย

จากความรู้ข้างต้น จึงมีข้อคิดเห็นสำหรับแนวทางการปฏิรูปในประเทศไทย คือ “จัดรัฐสวัสดิการแต่พอประมาณให้ระวังถึงแตก เสริมหนุนประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนดูแลสิ่งแวดล้อม ออกแบบกระจายอำนาจให้พอดี”

1.3.2 ปัจจัยผลักดันการขับเคลื่อนของภาคประชาชน และกลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนา ศักยภาพของภาคประชาชน

ในหลายๆครั้ง ความทุกข์ยากของประชาชนจากภาวะเศรษฐกิจ เป็นแรงขับเคลื่อนให้มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และการเปลี่ยนแปลงของการเมืองเป็นหน้าตาของโอกาสให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงใหญ่ จึงจะแก้ปัญหาได้ (Big change) ส่วนระบบที่เข้าที่เข้าทางไปบางส่วนแล้วปัจจัยของการปฏิรูปมักจะเป็นปัจจัยที่มาจากจัดการภายในระบบ ที่อาจมาจากแนวคิดที่เปลี่ยนไปหรือประสบปัญหาจากประสิทธิภาพการทำงานของระบบ (Performance)

ตาราง 1.2 สรุปปัจจัยผลักดันการขับเคลื่อนของภาคประชาชน ในประเทศบราซิล สหรัฐและอังกฤษ

	บราซิล	สหรัฐ	อังกฤษ
ปัจจัยผลักดันการขับเคลื่อนของภาคประชาชน	สำหรับ SUS ปัจจัยทางโครงสร้างของสังคม – Structural factor คือปัญหาความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจและโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มชนแตกต่างกัน ปัจจัยด้านสถานการณ์ - Situational factor คือวิกฤติการณ์น้ำมันทั่วโลก ในปี พ.ศ.2518	สำหรับ Medicare (ผู้สูงอายุที่เคยอยู่ในภาคการจ้างงาน) ปัจจัยทางโครงสร้าง – ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุผ่านประกันเอกชนมีราคาสูงขึ้นมาก, มีระบบประกันสังคมสำหรับผู้ทำงานเกิดขึ้นแล้วแต่ไม่มีประกันสุขภาพภาคบังคับ ปัจจัยด้านสถานการณ์ - Situational factor คือเป็นยุคที่สิทธิของประชาชนเฟื่องฟู (civil rights) การขับเคลื่อนของภาคประชาชน รวมทั้งผู้สูงอายุทำให้นักการเมืองสนับสนุน	สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพของอังกฤษในขณะที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว มาจากแนวคิดที่เปลี่ยนไปตามยุคสมัย และปัญหาการจัดการภายในระบบ
กลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของภาคประชาชน	● Secretariat for Participatory Management, Ministry of Health ● สภาสุขภาพระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ● การจัดประชุมHealth conferenceของสภาสุขภาพระดับเทศบาล มลรัฐและระดับชาติ ทุก 4 ปี	ไม่ชัดเจน แต่ประชาชนมีส่วนในการเลือกตั้งผู้ว่ามลรัฐ ซึ่งมีผลกับนโยบายของท้องถิ่น และประชาชนมีส่วนร่วมในกลไกของสภาสุขภาพ	● Association of Community Health Councils for England & Wales (ภายหลังเปลี่ยนเป็น Commission for Patient and Public Involvement in Health ขึ้นตรงต่อ Secretary of State) ● Community health council (ภายหลังเปลี่ยนเป็น patients' forums)

ในประเทศบราซิล ปัญหาความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจและโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มชนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ การถูกกลืนโดยชนชั้นสูง ตกอยู่ภายใต้รัฐบาลทหารเผด็จการมาเป็นเวลานาน (ปัจจัยทางโครงสร้างของสังคม – Structural factor) ความทุกข์ยากของประชาชน เป็นแรงขับเคลื่อนให้ประชาชนออกมารวมตัวเพื่อเรียกร้องในเรื่องที่มีความต้องการร่วมกัน วิกฤติการณ์น้ำมันทั่วโลกในปี พ.ศ.2518 ถือเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดจุดพลิกผัน (ปัจจัยด้านสถานการณ์ - Situational factor) สร้างความกดดันให้กับประชาชน ประชาชนจึงเคลื่อนไหวเพื่อให้ได้มาซึ่งประชาธิปไตย ในขณะที่นักปฏิรูปก็ได้จัดทำสาระแนวทางแก้ปัญหาไว้อย่างดีแล้ว จึงสามารถผนวกเข้าไว้ในรัฐธรรมนูญแล้วมีผลบังคับใช้ได้

กลไกสนับสนุนของรัฐ มีดังนี้

- คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- Secretariat for Participatory Management, Ministry of Health
- สภาสุขภาพระดับท้องถิ่นและระดับชาติ สมาชิกของสภาสุขภาพท้องถิ่นประกอบด้วยตัวแทนภาครัฐ ภาคประชาชน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ ร้อยละ 50 ของสมาชิกต้องมาจากผู้ใช้บริการ
- การร่วมมือกันระหว่าง Ministry of Health และ Ministry of Public
- การจัดประชุมวิชาการสุขภาพของสภาสุขภาพระดับเทศบาล มลรัฐและระดับชาติทุก 4 ปีเพื่อวิเคราะห์นโยบายสุขภาพและวางแผน
- การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆด้านสุขภาพ ทาง Education TV และถ่ายทอดไปยังเครือข่ายโทรทัศน์ต่างๆ
- การจัดอบรม สมาชิกสภาสุขภาพและส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมในการเข้าร่วมการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ

การออกแบบให้มี Health conference อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาคมต่างๆอย่างต่อเนื่อง เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตลกและเห็นพ้องต้องกันในสังคม ตัวอย่างการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 ปี ค.ศ. 2003 มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 5,000 คน โดยหัวข้อในการสัมมนา คือ “The Health we have, the SUS we want” และในการประชุมดังกล่าวได้มีการกำหนดประเด็นนโยบายสุขภาพในอีก 4 ปีข้างหน้า ในปี ค.ศ. 2004 ได้มีการจัดประชุมเพิ่มเติมในหัวข้อเรื่อง “Knowledge Working for Equity in Health” และในปี 2005 สภาสุขภาพแห่งชาติอนุมัติให้มีการประชุมตามแนวคิดของการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 ถึง 3 การประชุม ทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น อันได้แก่

- Workers Health Conference
- Labor Management and Health Education
- Indigenous Health Conference

การรวมกลุ่ม ของประชาชนชาวบราซิลในระยะเริ่มแรกมีอิทธิพลจากการเคลื่อนไหวของแกนนำกลุ่ม Brazilian civil society ที่เรียกว่า New Union Movement โดยชูประเด็นเรียกร้องเรื่องการเพิ่มค่าแรงและ

อิสรภาพของหน่วยงาน โดยในช่วงระยะเวลานั้น การปกครองโดยรัฐบาลทหารเริ่มเสื่อมลง ทำให้มีการรวมกลุ่มของประชาชนในภาคส่วนต่างๆเพิ่มมากขึ้น อาทิเช่นกลุ่มสตรี และ องค์กรเพื่อสิ่งแวดล้อม

สำหรับสหรัฐ ความพยายามปฏิรูปหลายๆครั้ง ไม่ประสบความสำเร็จ เพราะนักปฏิรูปให้ความสำคัญกับคนวงใน มากกว่าคนรากหญ้า และใช้วิธีลอบบี้ผู้สนับสนุน ในขณะที่ฝ่ายต่อต้านลอบบี้ให้มีผู้ค้านได้มากกว่า แถมยังทำเกมรุกในการปลุกระดมสังคมให้ต่อต้านกับแนวคิดใหม่ด้วย บทความเรื่อง Health Care Reform and Social Movements in the United States เขียนโดย Hoffman (PhD) ศิษย์พี่ในวารสารวิชาการ ถอดบทเรียนของประชาสังคมในอเมริกา ว่าทำไมจึงไม่มีการขับเคลื่อนจากรากหญ้าเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งที่แต่ละกลุ่มเช่น กลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS มีความต้องการหลักประกันสุขภาพทั้งนั้น

ประการที่หนึ่งเป็นเพราะความต้องการของพวกนักเคลื่อนไหวต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะเรื่องเฉพาะประเด็นสำหรับกลุ่มนั้นๆ เช่นการทำแท้ง, การเรียกร้องยาใหม่สำหรับคนไข้ AIDS ให้ขึ้นทะเบียนเร็วขึ้น เป็นต้น ซึ่งเป็นการแตกความสนใจออกไปจากประเด็นหลักเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ต้องยอมรับว่า นักเคลื่อนไหวเฉพาะประเด็น ได้จุดชนวนไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์ระบบสุขภาพในภาพใหญ่ด้วย นักเคลื่อนไหวเหล่านี้พบว่า ระหว่างการทำงานเฉพาะประเด็นด้านสุขภาพ นักเคลื่อนไหวเหล่านี้ได้เข้าไปเรียนรู้ เกิดความเข้าใจอย่างรวดเร็วถึงความต้องการของการปฏิรูปสุขภาพทั้งระบบ (major reform – fundamental change) และนักเคลื่อนไหวบางส่วนได้นำเรื่องความต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า เป็นส่วนหนึ่งของประเด็นในการเคลื่อนไหวของกลุ่มเขาด้วย

ประการที่สอง นักวิชาการที่ทำงานด้านปฏิรูปสุขภาพเมื่อเห็นโอกาสทางการเมืองในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ทำงานใกล้ชิดกับการเมือง และได้รับการสนับสนุนจากผู้นำรัฐบาล แต่ละเลยการให้ความสำคัญ การสร้างความยอมรับและแรงสนับสนุนจากรากหญ้า ในขณะที่สังคมอเมริกัน เป็นสังคมที่เป็นพหุลักษณะสูง และใช้รัฐสภาในการตัดสินใจนโยบาย เมื่อขาดเสียงสนับสนุนจากสมาชิกสภา ที่มาจากหลายส่วนของสังคม กฎหมายนั้นๆก็อาจจะถูกเพิกถอนไปเองโดยผู้เสนอ โดยปริยาย เช่นในนโยบาย New Deal ของประธานาธิบดี Roosevelt (พ.ศ.2478) และ นโยบาย Health Security ของ Bill Clinton (พ.ศ.2537) นอกจากนี้การนำเสนอของนักวิชาการ ก็ยากแก่การจุดประกายความสนใจให้กับนักเคลื่อนไหวระดับรากหญ้า ตลอดจนแนวคิดบางเรื่องในรายละเอียด ไม่ได้กระจายผลประโยชน์อย่างเป็นธรรมให้กับทุกฝ่ายในสังคม จึงไม่ได้รับการยอมรับจากรากหญ้า

Medicare เกิดขึ้นได้ในครั้งนั้น (พ.ศ.2508) ก็เพราะสภาประชาชนผู้สูงอายุ ออกโหรณรงค์สนับสนุน Medicare และเขียนจดหมายรณรงค์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการเคลื่อนไหวทางการเมืองจากภาคประชาชน รากหญ้า “The sense of a grassroots political movement” ผู้เกษียณอายุแจกจ่ายเอกสารกว่าล้านฉบับ เพื่อจะขัดขวางการปลุกระดมของ American Medical Association (AMA) และฝ่ายต่อต้านอื่นๆ ในครั้งนั้นมีราษฎรอาวุโสกว่า 14,000 คนออกมาเดินขบวนในเหตุการณ์ “1964 Democratic Convention in Atlantic City” ทำให้ประชาชนชาวอเมริกันต่างเห็นใจผู้สูงอายุ จน AMA และฝ่ายต่อต้านอื่นๆมีความยากลำบากในการต่อสู้ในครั้งนั้น

ประการที่สามที่ดูเหมือนจะมีอิทธิพลสูงสุด คือแรงต้านจากกลุ่มสนใจภาคเอกชน (private interest groups) ซึ่งสามารถระดมทุน ปลุกระดมประชาชน มาร่วมต่อต้านการเปลี่ยนแปลงได้ และรวมไปถึงการลอบบี้นักการเมืองให้ล้มกฎหมายในสภาด้วย การที่มีนักเคลื่อนไหวรากหญ้าประชันความคิดต่อสู้กับกลุ่มเหล่านี้ ก็ทำให้นักการเมืองต้องประเมินเสียงสนับสนุนของตนเอง ก่อนพิจารณากฎหมายที่เกี่ยวกับการปฏิรูบนั่นๆ และส่วนใหญ่ในสนามของอเมริกา ผู้สนับสนุนการปฏิรูปจะแพ้ ปัจจุบันการเคลื่อนไหวเพื่อการประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปต่อสู้กันในระดับมลรัฐ เนื่องจากใกล้ชิดกับรากหญ้ามากขึ้น

ส่วนในอังกฤษ มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ.2491 และประชาชนส่วนใหญ่ก็ภูมิใจในระบบนี้ การเปิดให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมกับการบริหารท้องถิ่น ก็มีการพัฒนามายาวนาน เห็นได้จาก กฎหมาย “Public Bodies (Admission to Meetings) Act” ตั้งแต่พ.ศ.2503 (เสนอโดย Margaret Thatcher เมื่อสมัยเข้าดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาล่าง –House of common ใหม่ๆ เป็นกฎหมายที่บังคับให้สภาท้องถิ่น (Local councils) จัดประชุมในที่สาธารณะ และอนุญาตให้สาธารณชน สื่อมวลชน สามารถเข้าร่วมการประชุมดังกล่าวได้ด้วย

ดังนั้น ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของอังกฤษในขณะที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว มักจะมาจากแนวคิดที่แตกต่าง หรือ เปลี่ยนไปตามยุคสมัย และปัญหาการจัดการภายในระบบ ตัวอย่างแนวคิดที่แตกต่างเช่นรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมเชื่อในเรื่องของความเป็นอิสระของบุคคล คือบุคคลมีสิทธิที่จะเลือกและต้องรับผิดชอบในส่วนของค่าใช้จ่ายของตน ในขณะที่รัฐบาลพรรคแรงงานเชื่อในเรื่องสวัสดิการของรัฐ หรือ อีกตัวอย่างคือเรื่องความขัดแย้งระหว่างแนวคิดการรวมอำนาจและการกระจายอำนาจ รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องมีนโยบายจากส่วนกลาง (Centralized Policy) แต่มีอิสระในการปฏิบัติในระดับท้องถิ่น (Decentralized Work) ซึ่งความเป็นจริงในทางปฏิบัติมีความขัดแย้งกันอยู่เสมอ

ตัวอย่างปัญหาการจัดการภายในระบบ เช่นปัญหาทางเศรษฐศาสตร์การเงินการคลัง การให้เงินสนับสนุนจะเป็นอย่างไรเนื่องด้วยสถานการณ์ทางความก้าวหน้าทางการแพทย์ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว การที่มีประชากรที่มีผู้สูงอายุซึ่งต้องได้รับการบริการทางสุขภาพมากขึ้น การที่ประชากรมีความคาดหวังกับคุณภาพบริการและทางเลือก (patient choice) มากขึ้น เป็นต้น

แรงกดดันจากสาธารณชนต่อรัฐบาลที่มีอย่างมาก มักจะผ่านมาทางสื่อ และในบางครั้งมีการประท้วงของกลุ่มสนใจบ้าง โดยเสียงของประชาชน มีความสำคัญอย่างมากในการเลือกตั้งที่มีทุก 4 ปี

กลไกการสนับสนุนภาคประชาชน ก็มีตัวอย่างเช่น Association of Community Health Councils for England & Wales ที่ได้รับเงินงบประมาณจาก Department of Health เพื่อสนับสนุน Community Health Councils (CHCs) ที่มีตั้งแต่ ค.ศ.1974 ซึ่งเป็นสภาผู้บริโภคระดับท้องถิ่น ที่คอยกำกับและ ให้ข้อเสนอแนะให้การปรับปรุงการทำงานของ NHS ในยุคของนายกรัฐมนตรีโทนี แบลร์ ได้เปลี่ยนโครงสร้างของสภาสุขภาพชุมชน (Community health Councils) โดยแต่งตั้งชาวบ้านเข้าไปอยู่ในคณะกรรมการ และได้สถาปนาอำนาจต่อรองให้กับผู้ป่วยมากขึ้นในหลายวิธีการ ตัวอย่างเช่น จะทำระบบ call center ระดับชาติ เพื่อให้คำปรึกษาแก่พยาบาลที่ต้องตอบคำถามจากผู้ป่วย หรือให้คำแนะนำผู้ป่วยเพิ่มเติม และระบบข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ที่มีข้อมูลประเด็นทางสุขภาพหลากหลาย จัดทำโดยทีมคลินิก ป้องกันการเอาเปรียบทางการค้าจากข้อมูลเชื่อถือไม่ได้

ทางการค้า¹⁴ ในปีพ.ศ.2546 รัฐบาลได้เปลี่ยนโครงสร้างของ Community health council เป็น patients' forums และยกเลิก Association of Community Health Councils for England & Wales แล้วจัดตั้งองค์กรใหม่ชื่อ Commission for Patient and Public Involvement in Health ขึ้นตรงต่อ Secretary of State แต่เนื่องจากไม่มีการเตรียมการในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ดี จึงมีผู้วิจารณ์ในเดือนพฤษภาคม 2549 ว่า the abolition of Community Health Councils was a mistake¹⁵ ผู้ที่สนใจสามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.sochealth.co.uk>

จากความรู้ข้างต้น จึงมีข้อคิดเห็นสำหรับแนวทางการขับเคลื่อนการปฏิรูปในประเทศไทย คือ “**ฟังเสียงประชาชน หาทิศทางร่วม อย่าเสียงแตก เพิ่มบทบาทชาวบ้านด้วยการออกแบบกระจายอำนาจที่ดี**”

1.3.3 เนื้อหาและกระบวนการการจัดทำกรอบแนวทางสุขภาพ

จากการค้นคว้าประสบการณ์ของต่างประเทศ ธรรมนูญสุขภาพของไทย (พรบ.สุขภาพฉบับพ.ศ. 2550) น่าจะเปรียบได้กับ **Overarching statute – ‘umbrella legislation’** ซึ่งเป็นกรอบกฎหมายที่เป็นร่วมใหญ่ ที่ระบุหลักการและค่านิยมเพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนาระบบสุขภาพ (a statement of the values and principles which we agree as a framework for public health practice) จากการค้นคว้า พบว่าประเทศบราซิล ใช้รัฐธรรมนูญ เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพ (ตั้งแต่ปีพ.ศ.2531) และมีการใส่เนื้อหาของการปฏิรูปที่ต้องการให้มีผลบังคับใช้ ในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้งด้วย

ส่วนประเทศสหรัฐ กระจายอำนาจให้กับมลรัฐดูแลงานสาธารณสุข โดยรัฐบาลกลาง (U.S. Department of Health and Human Services) ดูแลภาพรวมแต่มีกรมต่างๆรับผิดชอบงานแยกส่วนกัน เช่นมี Center for Disease Control ดูแลงานควบคุมโรค และ Office of Disease Prevention and Health promotion ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น โดยต่างก็มีแผนระยะยาวของตนเอง จึงไม่พบ national overarching framework แต่ความคิดริเริ่มในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐ ในโครงการ Turning Point ได้กระตุ้นให้หลายมลรัฐได้ทำแผนสุขภาพของมลรัฐ ที่เป็น Overarching Public Health Framework และทำกฎหมายแม่แบบด้านการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ที่ทันสมัยด้วย

ส่วนประเทศอังกฤษ มี Public Health Act ฉบับแรกตั้งแต่ปีพ.ศ.2418 และกำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขตั้งแต่นั้นมา ซึ่งพูดถึงการควบคุมความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วย แต่การปรับปรุงกฎหมายได้พัฒนาเป็นเรื่อยๆ ไป เช่นพบว่ามีการควบคุมการสูบบุหรี่อยู่ใน Health Act 2006 แต่ไม่พบว่ามี overarching statutory framework¹⁶ แต่รัฐบาลอังกฤษ ตั้งแต่สมัยของ Margaret Thatcher จัดทำ

¹⁴ Light D. Universal Health Care: Lessons From the British Experience. American Journal of Public Health 2003; 93(1): 25-30

¹⁵ The Director of the SHA, Martin Rathfelder. 2006. Bring back Community Health Councils. <http://www.sochealth.co.uk/Policy/bringbackCHC.htm>

¹⁶ Coker R., Martin R. 2006. Introduction: The importance of law for public health policy and practice

แผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค (พ.ศ.2535) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพัฒนาเรื่อยมา จนเป็นแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน “Our Health, Our Care, Our Say” จัดทำขึ้นในปีพ.ศ.2549

ส่วนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย น่าจะถอดบทเรียนจากองค์ประกอบ Overarching framework เหล่านี้ มาช่วยกำหนดองค์ประกอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ที่เป็นรายละเอียดเชื่อมโยงจากพร.สุขภาพแห่งชาติ การทบทวนบทเรียนในตอนนี จึงเน้นไปที่กระบวนการจัดทำและเนื้อหาของระบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล, แผนสุขภาพระดับมลรัฐในสหรัฐ, และแผนสุขภาพ “Our Health, Our Care, Our Say” ของประเทศอังกฤษ

1.3.3.1 กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศบราซิล

กรอบแนวทางระบบสุขภาพของบราซิล อยู่ในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญ เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพถูกจัดไว้ในหมวดสังคม จากทั้งหมด 9 หมวด จัดทำจากการประชุมของคณะกรรมการสุขภาพใน 3 ระดับ คือ ระดับประเทศ ระดับมลรัฐ และระดับเทศบาล และได้มีการนำผลสรุปจากการประชุมไปเป็นวาระการประชุมสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 (National Health Conference 1986) โดยมีประเด็นที่สำคัญคือ สุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐ และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องสุขภาพจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงและครอบคลุมของบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ การกระจายอำนาจการบริการสู่ระดับท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประเด็นดังกล่าวได้ถูกผลักดันให้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ปี ค.ศ. 1988

กระบวนการจัดทำได้รับอิทธิพลมาจากการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ของรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้ง หลังจากการปกครองของรัฐบาลทหารได้สิ้นสุดลงในปี ค.ศ. 1985 และรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้งได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของประชาธิปไตยเป็นอย่างมาก จึงได้ดำเนินการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มีมากขึ้น ภายใต้แนวคิดที่สำคัญคือ “All for social (People)” ขณะเดียวกันนี้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพก็มีความชัดเจนมากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน

การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 (National Health Conference, 1986) มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคคลจากหลายภาคส่วนของสังคม คือประธานาธิบดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งสิ้นกว่า 5,000 คน ดังนี้

- เจ้าหน้าที่จากกระทรวงสุขภาพ
- ตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ, มหาดไทย, สวัสดิการและประกันสังคม, พัฒนาชุมชนเมือง, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และจากหน่วยงานวางแผนด้านสุขภาพ
- ตัวแทนจากสภานิติบัญญัติ
- ตัวแทนจากสหภาพแรงงาน
- รัฐและสมาคมวิชาชีพ
- ตัวแทนจากหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับรัฐและท้องถิ่น
- ตัวแทนจากผู้ให้บริการสุขภาพ
- ผู้สังเกตการณ์จากองค์กรต่างประเทศ

- ตัวแทนจากองค์กรภาครัฐ
- ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆที่ได้รับเชิญจากกระทรวงสุขภาพ

ผลจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ได้นำไปสู่การดำเนินการโดยมีการเผยแพร่ผลการประชุมและมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ สถานิติบัญญัติ องค์กรภาคประชาชนต่างๆ เพื่อร่วมกันพัฒนาร่างกฎหมายที่จะใช้บังคับในระบบสุขภาพใหม่ ซึ่งสาระหลักในโครงร่างจะประกอบไปด้วยแนวคิดเรื่องสุขภาพ สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยประเด็นหลักของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบไปด้วย

- การบริหารงานเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดมาจากการมีส่วนร่วมของรัฐบาล ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการและตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ
- การตัดสินใจ การวางแผนการบริหารจัดการ การควบคุมและประเมินผลของบริการที่จัดขึ้นโดยเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดมาจากการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของทุกภาคส่วน
- สภาสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำหน้าที่ในการประสานงานกับกระทรวงสุขภาพ ในการจัดทำและควบคุมการดำเนินงานด้านนโยบายสุขภาพระดับประเทศ ในระดับท้องถิ่นต้องมีสภาสุขภาพในแต่ละระดับเช่นเดียวกัน
- การบริหารในระบบสุขภาพต้องมีสภาสุขภาพเป็นกรรมการในการบริหารซึ่งต้องประกอบไปด้วยผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและต้องมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการร่วมด้วยเสมอ
- งบประมาณในระดับประเทศ รัฐและท้องถิ่นอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ แต่ในระดับท้องถิ่นต้องมีการออกเสียงของกรรมการบริหารและอยู่ภายใต้การดูแลของสภาสุขภาพด้วย

ประเด็นต่างๆได้ถูกนำไปเสนอไว้ใน Brazillian Constitutional Charter 1988 และยังคงให้เกิดการจัดตั้งสภาสุขภาพขึ้นและมีการประชุมวิชาการสุขภาพทุก 4 ปี โดยสภาสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่นจะเป็นแกนนำในการจัดการประชุมว่าด้วยการจัดทำนโยบายสุขภาพในแต่ละระดับ สมาชิกของสภาสุขภาพร้อยละ 50 มาจากผู้ให้บริการ ตัวแทนจากรัฐบาลจาก 26 มลรัฐ และ 5,451 เทศบาล ตัวแทนจากองค์กรต่างๆในสังคม ผู้ให้บริการ และบุคลากรทางการแพทย์

การดำเนินการของสภาสุขภาพในแต่ละระดับอาจมีความแตกต่างกันบ้างแต่ต้องมีการประสานงานในแต่ละระดับนอกจากนี้สภาสุขภาพยังต้องประสานงานกับฝ่ายบริหารของรัฐบาลซึ่งบางครั้งอาจเกิดปัญหาบ้างเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

ดังนั้นจากกล่าวได้ว่าสภาสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของ ระบบสุขภาพ ของประเทศบราซิล นอกจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ได้ส่งผลให้เกิดสภาสุขภาพแล้วยังนำไปสู่การออกกฎหมาย Health Organization Law (Law 8080/90) และ Law 8142/90 ซึ่งกฎหมายทั้ง 2 ฉบับประกอบไปด้วยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรค อำนาจหน้าที่และทรัพยากรในแต่ละระดับของรัฐบาล กลวิธีการบริหารจัดการระบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนสภาสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพ โดยกฎหมายที่มีความสำคัญกับระบบสุขภาพต้องผ่านการพิจารณาจากสมานิติบัญญัติ

แม้เนื้อหาในรัฐธรรมนูญของบราซิลจะพูดถึงระบบสุขภาพในมุมมองของการจัดบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่มีความน่าสนใจที่ได้กำหนดกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้อย่างชัดเจน

1.3.3.2 กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศสหรัฐ

ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา รัฐบาลกลางสหรัฐให้ความสนใจไปในการขยายหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ความพยายามในช่วงกลางทศวรรษ 1960 เป็นการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ซึ่งประสบความสำเร็จ แต่ความพยายามในช่วงต้นทศวรรษ 1990 ที่พยายามจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ประสบความล้มเหลว

ต่อมาในปี ค.ศ.1997 มีการรวมตัวกันของนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐจำนวนหนึ่ง จัดตั้งโครงการชื่อ “Turning Point Initiative” มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูประบบในระดับมลรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูป และพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศสหรัฐฯให้เข้มแข็งด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการสร้างความร่วมมือ โดยมุ่งประเด็นไปที่การปรับปรุงระบบต่างๆที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการเข้ามาร่วมรับผิดชอบและปฏิบัติ

โครงการนี้ให้ความสำคัญต่อศักยภาพของระบบสาธารณสุขในการรับมือกับสิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะศักยภาพของระบบในการทำงานร่วมกับประชาชนจากหลายภาคส่วนในการเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน

โครงการ Turning Point ได้สร้างเครือข่ายหนึ่งที่ประกอบด้วย ตัวแทนจากส่วนกลางและตัวแทนจาก 23 มลรัฐจากทั่วประเทศ ที่รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชน ภาคการศึกษา ภาคตุลาการ ภาคการศาสนา ภาคธุรกิจ และอื่นๆ ร่วมกับการสร้างกลุ่มความร่วมมือระดับชาติเพื่อการปฏิรูป 5 ด้าน เป็นการทำงานทั้งในแนวราบ และเชิงลึกทางวิชาการ โดยระบุบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของ เครือข่าย (ที่ต้องทำงานร่วมกันทั้งหมด) ภาควิชาระดับมลรัฐ ภาควิชาท้องถิ่น และกลุ่มความร่วมมือระดับชาติ 5 คณะ ตัวอย่างเช่น **เครือข่าย (Network)** มีหน้าที่ กำหนดปัญหา ประเมินสุขภาพ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน **ภาคีภาคท้องถิ่น** มีหน้าที่ เก็บข้อมูลเพื่อบอกสถานะสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ ระบุนโยบายที่สำคัญที่อยู่ในความสนใจของชุมชน, รวบรวมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดทำแผนกิจกรรมตามการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ สื่อสารความต้องการของท้องถิ่น ปัญหาที่สำคัญ และวิธีการจัดลำดับความสำคัญ ให้กับตัวแทนภาคการเมือง และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ช่วยพัฒนานโยบายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก้ปัญหาได้ตรงจุด (Effective health policy) **ภาควิชาระดับมลรัฐ** มีหน้าที่ กำหนดนโยบายสาธารณะที่ดีด้านสุขภาพ (Good public health policy), ขยายเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ให้ชุมชนในท้องถิ่นสามารถใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นได้, และกระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพร่วม ที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในนิยามใหม่

กลุ่มความร่วมมือระดับชาติ 5 คณะ มีหน้าที่ทำงานเพื่อปฏิรูประบบในด้าน

- การปรับปรุงกฎ ระเบียบ ด้านสาธารณสุขให้ทันสมัย
- การสร้างระบบที่สามารถตรวจสอบได้เพื่อวัดผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ

- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำหนดสถานะปัญหาสุขภาพ และบอกสถานะด้านทรัพยากร
- การลงทุนในด้านการตลาดเพื่อสังคมเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ (social marketing)
- การพัฒนาผู้นำในการสร้างความร่วมมือ

แผนบูรณาการสาธารณสุขระดับมลรัฐ มีขึ้นตามที่บัญญัติของแต่ละมลรัฐได้บัญญัติไว้ ตัวอย่างเช่น ที่รัฐวิสคอนซิน ที่มีคนจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันจัดทำ ใช้เวลาประมาณ 2 ปี จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันใน 10 ปีข้างหน้าเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของทุกคน โดยมีคณะทำงานจัดวางกระบวนการให้นโยบาย ข้อมูล ภาควิชา และการวัดผลไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข โดยทั้งหมดมุ่งเน้นไปที่กระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ดังประโยคที่ว่า “The Turning Point Initiative is Wisconsin’s statewide policy process for change”

ในแผนนี้มีการระบุคำจำกัดความ ของคำว่า “การสาธารณสุข- Public health” และกำหนดบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และ จัดลำดับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 11 เรื่องและระบบที่สำคัญ 5 ระบบเพื่อการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขในอีก 10 ปีข้างหน้า

ระบบที่สำคัญลำดับต้นๆ 5 ระบบ ซึ่งกำหนดโดยเงื่อนไขที่จะต้องเป็นระบบที่จะสามารถสนับสนุนศักยภาพของภาควิชาให้ทำงานแก้ไขปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนและจัดสภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี อันได้แก่

- ระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์
- แผนและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของชุมชน
- การประสานงานระหว่างรัฐและภาคีในระบบสาธารณสุขระดับท้องถิ่น
- กำลังคนที่เพียงพอและมีศักยภาพ
- การเงินการคลังที่เป็นธรรม พอเพียง และยั่งยืน

เนื้อหาประกอบด้วย 9 บทคือ

1. หลักการและเหตุผลในการปฏิรูป
2. กรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่
 - คำจำกัดความของระบบสาธารณสุข
 - ภาควิชาของระบบสาธารณสุข
 - หน้าที่ของระบบสาธารณสุข
 - 12 บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข
3. วิสัยทัศน์
4. เป้าหมายของระบบสุขภาพ

5. หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน (Core principles and Values)
6. ระบบ(โครงสร้าง)ที่สำคัญ 5ระบบ
7. ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ11 เรื่อง
8. วิธีการจัดลำดับสำคัญของปัญหา
- 9.ประเด็นเฉพาะอื่นๆ

โดยสรุป แผนบูรณาการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ของสหรัฐ มีการให้หลักการและความหมายของระบบสุขภาพ ที่กว้างกว่า การจัดบริการสุขภาพ และให้คุณค่ากับระบบข้อมูลข่าวสาร และการประสานงาน ที่จะเพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพได้ดี

1.3.3.3 กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศอังกฤษ

เครื่องมือที่รัฐบาลอังกฤษใช้ในการปฏิรูปให้เกิดขึ้น คือ การประกาศแผนนโยบาย (White Paper) และตามด้วยการออกกฎหมาย ในทุกๆ ครั้งของการปฏิรูปจะเริ่มต้นโดยการที่รัฐบาลตั้งคณะทำงาน และในที่สุดคณะทำงานนั้นๆ จะเสนอเป็นแผนนโยบายที่เรียกว่า White Paper เป็นแผนแม่บท หลังจากนั้นรัฐบาลใช้เครื่องมือผ่านทางรัฐสภาโดยการออกกฎหมายที่ระบุถึงรายละเอียดและกลไกวิธีการปฏิบัติต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม และให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

แผน “Our Health, Our Care, Our Say” (White Paper) จัดทำขึ้นในปี 2006 พัฒนามาจาก แผนสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก “The Health of the Nation” (1992-1997) และ “Saving lives: Our Healthier Nation” (1999 -2005) โดยแผนปี 1999 เพิ่มความตระหนัก ในการเป็นเจ้าของร่วมกันกับ ชุมชนและรัฐ และแผนสุดท้ายปี 2006 เน้นการบริการชุมชนแบบเชิงรุก

White Paper ฉบับนี้ เป็นการรับรองเอกสารฉบับ (Green Paper) ที่มีเนื้อหาจากการพิจารณาหรือแผนงาน ครั้งใหญ่ที่สุดที่จัดโดย Department of Health เมื่อเดือนมีนาคม 2548 ซึ่งเป็นกระบวนการ ในการปรึกษาหารือ ร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สมาชิกและอาสาสมัครจากหน่วยงานพันธมิตรด้านสุขภาพ การเคหะชุมชน องค์การสุขภาพอื่นๆ รวมถึงตัวแทนของภาคเอกชน เพื่อหาข้อเสนอและตอบสนองกับแผนงานแห่งชาติ ซึ่งเน้นเรื่องการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยจัดให้มีการบริการที่ยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยทำให้ต่อเนื่องจากที่เคยปฏิบัติมา พยายามเน้นบริการให้เข้าถึงประชาชนมากกว่าที่จะให้ประชาชนเป็นฝ่ายเข้ามารับบริการ เน้นการทำงานในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อคือ

- 1.การป้องกันและการส่งเสริม สุขภาพเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น
- 2.เสนอทางเลือกที่ดีกับประชาชนและควบคุมดูแลการรักษาที่ประชาชนควรจะได้รับ
- 3.จัดบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สะดวกสบาย รวดเร็ว ใกล้เคียงบ้าน รวมทั้งดูแลผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่าย

4.ให้การสนับสนุน ดูแลประชาชนแบบระยะยาว

ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วย 9 ส่วน คือ

- 1.การเข้าถึงชุมชน
- 2..สิทธิทางสุขภาพ เสรีภาพและความเป็นอยู่ที่ดี
- 3.การได้รับสิทธิในการรักษาระดับพื้นฐานที่ดีขึ้น
- 4.การเข้าถึงบริการชุมชนที่ดีขึ้น
- 5.สนับสนุนความต้องการของประชาชนในระยะยาว
- 6.การดูแลสุขภาพในครัวเรือน
- 7.การจัดให้มีการปฏิรูปเพื่อให้ประชาชนอยู่ภายใต้การปกป้องของระบบ
- 8.การปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- 9.ตารางเวลาสำหรับการปฏิบัติ

แนวคิดที่ได้จากการทบทวนบทเรียนของประเทศอังกฤษ คือ แนวคิดการจัดบริการเชิงรุก ที่รวมอยู่ใน National Health Service นอกจากนี้ อังกฤษยังได้ริเริ่ม ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติแนวทางใหม่ “Life Check” เป็นการประเมินชีวิตความเป็นอยู่ ตามวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ

1.3.4 กระบวนการติดตามประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเทศบราซิล มีกลไกในการดูแลและติดตามประเมินผล ของ SUS โดยสังคม ในรูปแบบของ สภาสุขภาพ สภาสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง อนุมัติแผน และติดตามการทำงานของ SUS ส่วนที่ระดับเทศบาล ปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 99 ของเทศบาลมีจัดตั้งสภาสุขภาพ(Municipal Health Councils) ซึ่งได้ช่วยในการต่อต้านการทุจริตได้เป็นอย่างดี การจัดให้มีสภาสุขภาพ ทำให้การวางแผนโครงการด้านสุขภาพ โปร่งใส และทุกฝ่ายทราบกลไก และปฏิบัติกับทุกคน

โครงการ Turning Point ของสหรัฐอเมริกา เสนอว่าตัวชี้วัดของการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะปานกลาง อาจดูที่การเพิ่มทุนทางสังคม (Social capital) ซึ่งมีการวัดได้หลายวิธี วิธีหนึ่งคือการวัดจำนวนผู้มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ทางสังคม (Social events) และกิจกรรมทางสังคม (Social activities) ของชุมชน นอกจากนี้ทางโครงการยังมี Website <http://www.turningpointprogram.org> ที่มีรายละเอียดความก้าวหน้าของการปฏิรูปของภาคีแต่ละมลรัฐ เช่น แสดงตัวอย่างแผนของมลรัฐที่ใช้แนวคิดเดียวกับโครงการ, ข้อมูลโดยย่อเกี่ยวกับโครงการ Turning Point ในแต่ละมลรัฐ, และ การเล่าเรื่องที่เกี่ยวกับแรงบันดาลใจ หรือ นวัตกรรมที่เกิดจากกระบวนการปฏิรูปของแต่ละมลรัฐ เป็นต้น

ประเทศอังกฤษ รัฐบาลในฐานะผู้จ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ได้จัดตั้งสถาบันที่จัดทำมาตรฐานระดับชาติ และควบคุมกำกับ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพที่ระดับโรงพยาบาลและคลินิก นอกจากนี้ได้กำหนด

มาตรฐานคุณภาพไว้ในทุกสัญญาณ และมีการประเมินจากคณะกรรมการที่มาจากบุคลากรทางการแพทย์จากภาควิชาการ การตรวจสอบ NHS Trust Boards นอกจากจะดูเรื่องการใช้จ่ายเงินแล้ว ยังดูเรื่องธรรมาภิบาลของ Trust ด้วย

1.3.5 สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ

1. แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพในเรื่อง การต่อสู้ให้ได้มาซึ่งสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม เป็นประเด็นปฏิรูปเบื้องต้นของทุกประเทศที่จะแก้ปัญหาคอขวดร้อนเบื้องหน้าของประชาชน สำหรับประเทศที่ก้าวผ่านมาในระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แนวคิดการปฏิรูปจะเปลี่ยนไปตามยุคสมัยของสังคมการเมือง เช่นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลตนเองและชุมชน ไปจนถึงการจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมและโครงการด้านสังคมเพื่อแก้ปัญหาคอขวดไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ ส่วนในประเทศที่มีนักวิชาการทำงานร่วมกับท้องถิ่นได้ดีอาจจะสามารถมองการปฏิรูปแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ –area based ได้ดี (ปรับปรุงโครงสร้างและกลไกของระบบในพื้นที่ให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ) โดยการสร้างความร่วมมือ และค่านิยมร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นรูปธรรมใหญ่ คือ การลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (Eliminate Health Disparities) และการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของทุกคน (Promote and Protect Health for all)
2. ในประเทศที่โครงสร้างของสังคมที่สนับสนุนประชาธิปไตยและ ธรรมาภิบาล มายาวนาน การมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็นของประชาชนมีช่องทางปกติในระบบอยู่แล้ว เช่นในประเทศอังกฤษ ประชาชนและสื่อ สามารถเข้าร่วมในการประชุมของรัฐบาลท้องถิ่นได้ หรือการมีสุขภาพชุมชนที่เป็นองค์กรผู้บริโภค ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐ มีบทบาทในการสะท้อนเสียงของผู้บริโภค และมีส่วนร่วมในการวางนโยบายการใช้งบประมาณด้านสุขภาพของท้องถิ่นด้วย ส่วนประเทศบราซิลที่เพิ่งต่อสู้ให้ได้มาซึ่งประชาธิปไตย ได้สร้างกลไกในระดับกระทรวงเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วม สนับสนุนสุขภาพทุกระดับ และมีการประชุม Health Conference ทุกๆ 4 ปีด้วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและจัดทำนโยบายสุขภาพ กลไกดังกล่าวสร้างความมีส่วนร่วมได้ดี แต่ไม่ได้รับประกันว่า จะแก้ปัญหของระบบสุขภาพที่เผชิญอยู่ได้ดี (ปัญหาจากการออกแบบระบบและผลพวงจากประวัติศาสตร์)
3. กรอบแนวทางของระบบสุขภาพ ควรมีการระบุความหมายและหน้าที่ ของระบบสุขภาพให้ชัดเจน การระบุระบบที่สำคัญต่อสุขภาพ ทำให้การทำแผนกิจกรรมไปในทิศทางเดียวกัน โดยควรระบุว่าจะบดกล้างสำคัญอย่างไร ประเมินสถานะปัจจุบัน และวางทิศทางของการพัฒนา มีอะไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา
4. การสร้างค่านิยมร่วมกันในการจัดลำดับสำคัญของปัญหา โดยนำไปสู่การระบุปัจจัยเสี่ยง จะช่วยให้ชุมชนแก้ปัญหของตนได้เอง โดยนักวิชาการควรช่วยทำเครื่องมือให้ง่ายต่อการใช้งาน

5. การระบุบทบาทหน้าที่ของความร่วมมือของฝ่ายต่างๆให้ชัดเจน เช่น เครือข่ายมีหน้าที่อะไร กสธ ระดับส่วนกลางมีหน้าที่อะไร สสจ และหน่วยงานระดับภูมิภาคมีหน้าที่อะไร แล้วท้องถิ่นมีหน้าที่อะไร จะช่วยให้แต่ละฝ่ายรู้และสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เต็มที่
6. การกำกับและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อการพัฒนา นอกจากจะทำได้โดยมีการประเมินผลภายในโดยผู้รับผิดชอบ เช่น การประเมินความก้าวหน้าของกิจกรรม เช่นการวัดจำนวนผู้มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ทางสังคม (Social events) และกิจกรรมทางสังคม (Social activities), และการประเมินเชิงผลลัพธ์ทางสุขภาพ แล้ว ยังควรให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการประเมินระบบด้วย นอกจากนี้ การสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการประเมินผลเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งจะทำให้ทุกฝ่ายร่วมกันพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างสมานฉันท์ เช่นการจัดเวทีบนเวทีให้พื้นที่เล่าเรื่อง ประสบการณ์การทำงานร่วมกันระหว่างภาคีรัฐท้องถิ่นและชุมชน และมีการจัดการถ่ายทอดบทเรียนดีๆ ไปสู่พื้นที่อื่น จะช่วยกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกันได้ดี

1.4 ความคิดเห็นจากภาคส่วนต่างๆ

จากการทบทวนเอกสารจากต่างประเทศ ทำให้ได้ประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายกับภาคส่วนต่างๆเพื่อหาข้อตกลงในการกำหนดวิธีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ โดยนักวิจัยได้ทำการศึกษาเบื้องต้น ถึงความเห็น ของ นักวิชาการ 6 ท่าน นักการเมือง 3 ท่าน และผู้ทำงานภาคประชาชน 3 ท่าน ต่อประเด็น 7 ข้อ ซึ่งจะช่วยประกอบการตัดสินใจในบางเรื่องของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ การศึกษานี้ทำในช่วงเดือนตุลาคม 2550 ผลการศึกษาเป็นดังนี้ (ดูรายละเอียดแบบสอบถามและคำตอบในภาคผนวก 1)

1.4.1 แนวทางการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ

โดยหลักการ การจัดทำควรมีการสร้างกรอบแนวคิดร่วมกัน กำหนดความหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ จัดหมวดหมู่ กำหนดขอบเขตความครอบคลุมของเอกสาร ใช้หลักฐานทางวิชาการและข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้มาอ้างอิง ระดมความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจากภาคประชาชน และทำประชาพิจารณ์ โดยที่พรบ.สุขภาพแห่งชาติได้กำหนดว่า “ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย” ประกอบกับได้เคยมีร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชน (กันยายน 2545) ที่ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาแล้ว ฉะนั้นจึงมีคำถามว่าจะนำร่างเดิมมาใช้หรือไม่ และควรผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพในพื้นที่อีกครั้งหรือไม่

ผลการสรุปความคิดเห็น

มีผู้ให้ความเห็นที่หลากหลาย บางส่วนเห็นด้วยที่จะใช้ร่างฉบับประชาชนเป็นหลัก แล้วมาเรียบเรียงใหม่ (เนื่องจากการระดมสมองมาหลายพันเวทีแล้ว ค่อนข้างครอบคลุม) บางส่วนให้จัดตั้งคณะทำงานขึ้นใหม่แล้วใช้พรบ.ฉบับประชาชนมาประกอบ และบางส่วนเห็นว่าจัดตั้งคณะทำงานขึ้นใหม่แล้วใช้พรบ.ฉบับ

ประชาชนมาประกอบ และต้องไประดมสมองที่สมัชชาสุขภาพในระดับพื้นที่ด้วย แต่ก็มีผู้ไม่เห็นด้วยว่าจะต้องไปผ่านเวทีเป็นพื้นที่อีก เนื่องจากจะทำให้กระบวนการล่าช้า

1.4.2 การมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วน

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน หากแต่ว่าการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ จำเป็นต้องอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และมีกรอบแนวคิดเพื่อให้ นโยบาย ข้อมูล ทิศทางการพัฒนา และการติดตามประเมินผล ไปในทางเดียวกัน การมีส่วนร่วม อาจมีได้ 2 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 คือชั้นของการกำหนดแนวคิดการปฏิรูป และอธิบายความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ และชั้นที่ 2 คือชั้นของการลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ ผู้วิจัยได้ถามความเห็นในเรื่องความต้องการการมีส่วนร่วมของแต่ละท่าน ในการกำหนดเนื้อหา/วาระยุทธศาสตร์สุขภาพ และความยินดีที่จะนำธรรมนูญสุขภาพไปใช้หากไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำ

ผลการสรุปความคิดเห็น

นักการเมืองทั้ง 3 ท่าน และนักวิชาการทั้งหนึ่งรวมทั้งผู้ที่มาจากภาคประชาชน 1 ท่าน เห็นว่าเขา “[ผู้ตอบ]ควรเป็นผู้กำหนดเนื้อหา และร่วมในการวางกลไกยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ” แต่ถ้าดูโดยเฉลี่ยทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ ยินดีให้มีการจัดทำร่างขึ้นมาก่อน แล้วเขาสามารถให้ความเห็นต่อกลไกยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพได้ (10 จาก 12 คน) สำหรับการนำไปใช้ มีผู้ตอบว่า “จะไม่ใช้ธรรมนูญสุขภาพ หากเขาไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำ” (ผู้ตอบข้อนี้เป็นนักการเมือง 2 ท่าน นักวิชาการ 1 ท่าน และภาคประชาชน 1 ท่าน) โดยที่ส่วนใหญ่ “จะใช้ธรรมนูญสุขภาพ หากเสียงส่วนใหญ่เห็นชอบ” แม้ว่าเขาจะไม่เห็นด้วยบางส่วนก็ตาม (11 จาก 12 คน) มีผู้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของรพ.เอกชน และองค์กรเอกชนอื่นๆ

1.4.3 ความคาดหวังต่อความมุ่งหมายของการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดผลปฏิบัติ

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามมาตรา ๒๕(๒) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน” จึงมีประเด็นที่ละเอียดอ่อนที่ถกเถียงได้ว่าควรเน้น ว่าการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ทำเพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน หรือ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยใช้กระบวนการและระบบ กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่าย

ผลการสรุปความคิดเห็น

ส่วนใหญ่เห็นด้วยทั้งให้เป็นการผูกพันหน่วยงานของรัฐ (10 จาก 12 คน) และ ให้ใช้กระบวนการและระบบกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่าย (10 จาก 12 คน) โดยผู้สนับสนุนความเห็นแรก คิดว่าความเห็นที่ 2 ไม่น่าจะได้ผล ส่วนผู้สนับสนุนความเห็นที่ 2 เห็นว่า “เราคาดหวังว่า รัฐ เอกชน และประชาชนสามารถร่วมกันทำได้ โดยให้เอาร่าง [พรบ.] เดิมมาเป็นฐานตั้ง และขยายผลการทำงานที่เหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ ชุมชนท้องถิ่น ครอบคลุม และบุคคล”

1.4.4 ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพกับนโยบายสุขภาพระดับท้องถิ่น

ด้วยบริบทที่อาจแตกต่างกันได้ของแต่ละท้องถิ่น การให้ความสำคัญในประเด็นสุขภาพอาจแตกต่างกันไป แต่ต้องคำนึงถึงเอกภาพและทิศทางในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศด้วย จึงเกิดคำถามว่า

- 1) ควรมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพระดับท้องถิ่นด้วย หรือ
- 2) มีธรรมนูญสุขภาพระดับชาติเป็นกรอบยุทธศาสตร์ไว้ ไม่จำเป็นต้องมีธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่ควรมีแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน และแผนปฏิบัติการบูรณาการร่วมกันระดับพื้นที่ (จังหวัด หรือ ท้องถิ่น)

ผลการสรุปความคิดเห็น

มีผู้เห็นด้วยว่า “ควรมีธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่นด้วย” เป็นส่วนน้อย (นักวิชาการ 2 คน นักการเมือง 1 คน และภาคประชาชน 1 คน) ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับ “มีธรรมนูญสุขภาพระดับชาติเป็นกรอบยุทธศาสตร์ไว้ ไม่จำเป็นต้องมีธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่ควรมีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานและแผนปฏิบัติการร่วมกันของพื้นที่” (11 จาก 12 คน)

1.4.5 การให้หลักการและค่านิยมของการปฏิรูประบบสุขภาพ

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้ความหมาย “สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และ “ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” แต่ไม่ได้ให้หลักการและค่านิยมของสังคมไทยต่อ “ระบบสุขภาพ” หรือการปฏิรูประบบสุขภาพ

ร่างพรบ.ฉบับประชาชนระบุความมุ่งหมายและหลักการ ว่า “สุขภาพเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”, “สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ” และ “ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกระบวนการพัฒนา ศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สุขของการอยู่ร่วมกัน” และระบุลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์

ในต่างประเทศ ความพยายามที่จะปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้มีแนวคิดที่สำคัญ เช่น 1) ศักยภาพของระบบสุขภาพ (หรือระบบสาธารณสุข) มีความสำคัญในการเอื้อให้ทุกภาคส่วนสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดูแลสุขภาพของคนทั้งมวล และ 2) การร่วมมือเป็นหัวใจของความสำเร็จ มีความจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่นในการแก้ปัญหา การร่วมมือ (collaborative practice) ซึ่งรวมถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกัน, การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน, การปรับนโยบายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ทำร่วมกัน, และการให้เสียงของชุมชนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจที่มีผลต่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากร และ 3) รัฐบาลมีหน้าที่ในการเป็นผู้นำและจัดการให้เอื้อไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ทุกฝ่ายร่วมกันสร้างขึ้น ในขณะที่

หน่วยงานของรัฐไม่สามารถทำคนเดียวเพื่อให้บรรลุความสำเร็จได้ จึงต้องทำหน้าที่ จัดให้กลุ่มหรือบุคคลที่เหมาะสมมาทำงานร่วมกันเพื่อถกประเด็นด้านสาธารณสุข

นักวิจัยตั้งคำถาม 4 ข้อ

ผลการสรุปความคิดเห็น

ข้อที่ได้รับการเห็นด้วยสูงสุด เป็นคะแนนเต็ม คือ “การร่วมมือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการแก้ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิต การร่วมมือ รวมถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกัน, การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน, การปรับนโยบายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ทำร่วมกัน, และการให้เสียงของชุมชนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจที่มีผลต่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากร”

รองลงมาคะแนนเท่ากัน 2 ข้อคือ

“ถ้าทุกคนทำงานร่วมกันเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ, ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, และความคุ้มครองด้านสิ่งแวดล้อม จะทำให้ระบบสาธารณสุขสามารถสร้างเสริมให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน” และ

“ระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งจะสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลดูแลสุขภาพได้เต็มศักยภาพ” (คะแนน 10 จาก 12 คน) ที่มีภาคประชาชนไม่เห็นด้วยกับทั้ง 2 ข้อนี้ 2 ท่าน (ไม่ได้ถามคำอธิบาย)

ลำดับสุดท้ายคือ “รัฐบาลมีหน้าที่ในการเป็นผู้นำและจัดการให้เอื้อไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ทุกฝ่ายร่วมกันสร้างขึ้น ในขณะที่หน่วยงานของรัฐไม่สามารถทำคนเดียวเพื่อให้บรรลุความสำเร็จได้ จึงต้องทำหน้าที่ จัดให้กลุ่มหรือบุคคลที่เหมาะสมมาทำงานร่วมกันเพื่อถกประเด็นด้านสาธารณสุข” (คะแนน 9 จาก 12 คน) มีนักวิชาการไม่เห็นด้วย 1 คน และภาคประชาชนไม่เห็นด้วย 2 คน

1.4.6 ความหมายของระบบสุขภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ให้ หมายความว่าระบบสุขภาพว่า “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ส่วนในร่างพรบ.ฉบับประชาชนให้ หมายความว่าระบบสุขภาพว่า “การจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา กฎหมาย ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น รวมทั้งปัจจัยด้านการสาธารณสุขและการบริการสาธารณสุขด้วย” และ ระบุลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์

จึงมีประเด็นที่ต้องทำให้ชัดเจน ดังนี้

- 1) **ควรระบุ หน้าที่ของระบบสุขภาพ หรือไม่?** (เช่น ป้องกันการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการแพร่กระจายของโรค, สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและปกป้องภัยอันตรายจากสภาพแวดล้อม, ส่งเสริมและสร้างพันธะสัญญาต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและส่งเสริมสุขภาพจิต, ตอบสนองต่อภัยพิบัติและช่วยชุมชนในการกู้วิกฤติ, และส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นต้น)
- 2) **ควรระบุระบบ[ย่อย]ที่มีลำดับสำคัญในการปฏิรูปหรือไม่** (ที่ทุกฝ่ายร่วมในการเปลี่ยนแปลงได้)
- 3) **ควรชี้ให้ชัดหรือไม่ว่า ประเด็นด้าน ข้อมูลข่าวสาร กำลังคน การเงินการคลัง เป็นระบบ ที่สำคัญที่จะเอื้อให้ทุกฝ่ายดูแลสุขภาพของคนทั้งมวลได้เต็มศักยภาพ และเป็นระบบที่ควรมีการปฏิรูป**
- 4) **ควรชี้ให้ชัดหรือไม่ว่า ประเด็น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นบริการพื้นฐานที่ระบบต้องจัดให้มี เพื่อให้ องค์การพหุในระบบสุขภาพทำหน้าที่ได้**
- 5) **ควรมีกรอบแนวคิดในธรรมนูญ ที่สามารถแสดงความเชื่อมโยงของระบบย่อยที่สำคัญหรือไม่** (ระบบย่อยเช่น เช่น บริการสุขภาพ บริการสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสาร กำลังคน การเงินการคลัง การทำแผน การประสานงาน เป็นต้น)

ผลการสรุปความคิดเห็น

ส่วนใหญ่เห็นด้วยในทุกข้อ โดยนักวิชาการเห็นด้วยทุกข้อ ทั้ง 6 คน และมีผู้ไม่เห็นด้วยในแต่ละข้อ ประปราย ซึ่งอาจไม่เห็นด้วยในเชิงหลักการ หรือความซับซ้อนของเนื้อหา [ผู้วิจัยอภิปรายเอง] นอกจากนี้มีผู้เสนอให้ “เพิ่มหลักธรรมาภิบาลไว้ในกรอบคิดด้วย” รายละเอียดที่มีผู้ไม่เห็นด้วยมีดังนี้

- ไม่เห็นด้วยที่ต้อง “ระบุหน้าที่ของระบบสุขภาพ” 2 ท่าน (นักการเมือง 1 ท่านและภาคประชาชน 1 ท่าน)
- ไม่เห็นด้วยที่ต้อง “ชี้ให้ชัดว่าประเด็นข้อมูลข่าวสาร กำลังคน และการเงินการคลัง เป็นระบบที่สำคัญ ที่จะเอื้อให้ทุกฝ่ายดูแลสุขภาพของคนทั้งมวลได้เต็มศักยภาพ” 1 ท่าน
- ไม่เห็นด้วยว่า “ควรชี้ให้ชัดว่า ประเด็น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นบริการพื้นฐานที่ระบบต้องจัดให้มี เพื่อให้ระบบสุขภาพทำหน้าที่ได้” 2 ท่าน
- ไม่เห็นด้วยว่า “กรอบแนวคิดในธรรมนูญ ควรสามารถแสดงความเชื่อมโยงของระบบย่อยที่สำคัญได้ เช่น บริการสุขภาพ บริการสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสาร กำลังคน การเงินการคลัง การทำแผน การประสานงาน เป็นต้น” 3 ท่าน (นักการเมือง 1 ท่าน และภาคประชาชน 2 ท่าน)

1.4.7 การจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์

ธรรมนูญจะมีการปรับเปลี่ยนทุก 5 ปี ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพจึงควรมีการจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ

จึงมีคำถามว่า

- 1) ควรมีการจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ หรือไม่
- 2) เห็นด้วยหรือไม่ที่ ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ควรเป็นชื่อกลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง
- 3) เห็นด้วยหรือไม่ที่ ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ควรเป็นชื่อปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคที่มีภาระโรคสูง

ผลการสรุปความคิดเห็น

ส่วนใหญ่เห็นด้วยที่จะจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ (8 จาก 12 คน) ยกเว้น ภาคประชาชน 3 ท่าน และนักวิชาการ 1 ท่าน (ผู้ตอบภาคประชาชนอธิบายมาว่า ไม่เข้าใจคำถาม โดยเฉพาะคำว่าภาระโรค จึงไม่ตอบในข้อนี้)

ในจำนวนนักวิชาการและนักการเมือง มีผู้สนับสนุนว่าประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญควรเป็นกลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง เพียง 4 คน ในขณะที่ทุกคนเห็นด้วยว่า “ประเด็นประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ควรเป็นชื่อปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคที่มีภาระโรคสูง”

1.5 ข้อเสนอแนะต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ

1.5.1 ข้อเสนอแนะต่อขั้นตอนในการจัดทำ

1. ให้เปิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 คือการกำหนดแนวคิดการปฏิรูป และอธิบายความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ และขั้นตอนที่ 2 คือการลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพ โดย

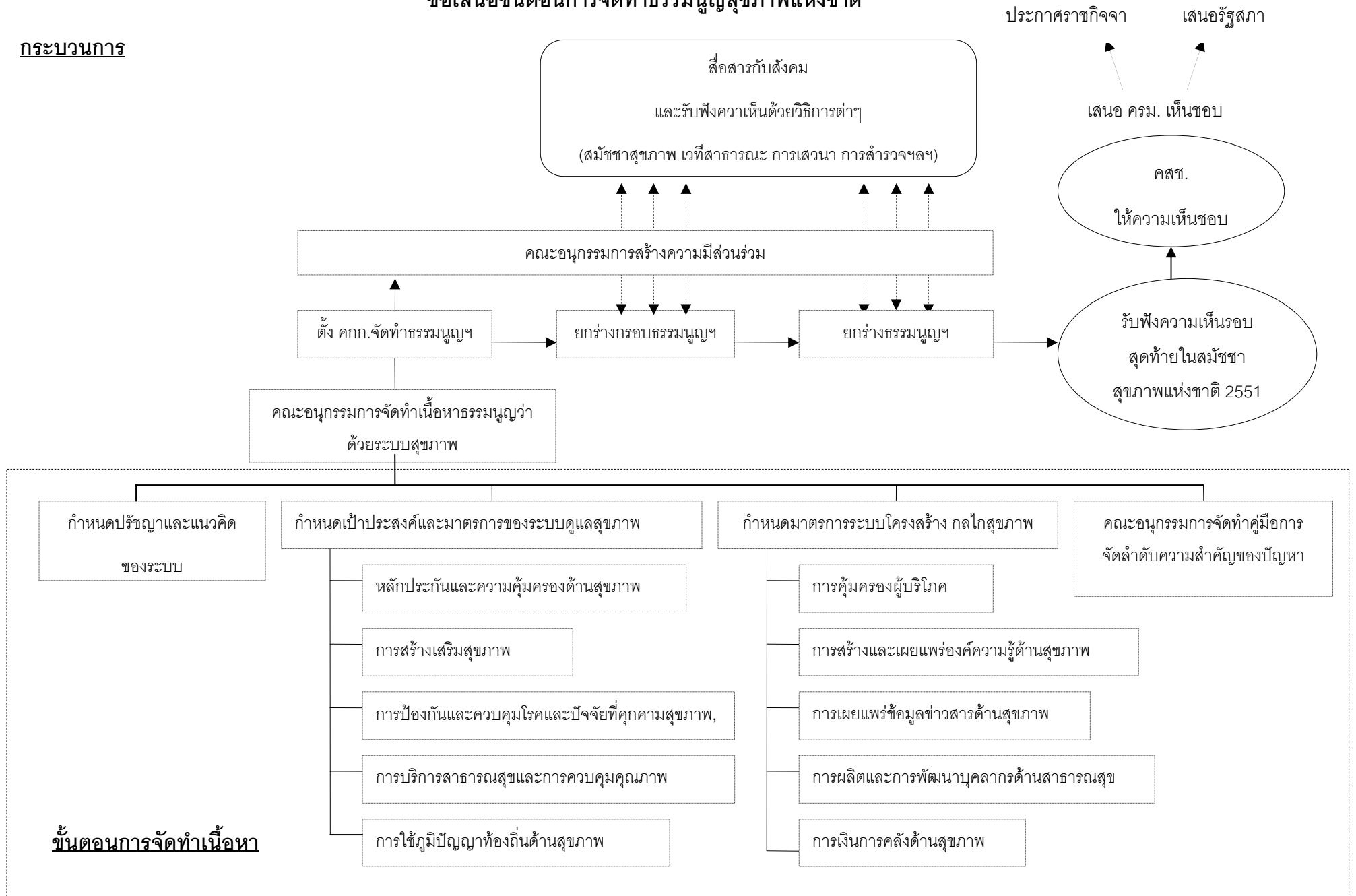
- การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 1 ให้ใช้ระบบตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ รวมทั้งส่วนราชการต่างๆ และภาคประชาชน ทำงานร่วมกับ ที่ปรึกษาทางวิชาการ (ให้ข้อมูลและแนวคิดเชิงวิชาการ) จากนั้น ทำการประชาพิจารณ์ เพื่อให้เกิดค่านิยมร่วมกัน
- การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 2 ควรให้มี **ส่วนร่วมโดยตรง** ของประชาชนผ่านกระบวนการสมัชชาระดับพื้นที่เพื่อกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา

ทั้งนี้เนื่องจากการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพจำเป็นต้องอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการและมีกรอบแนวคิด เพื่อให้นโยบาย ข้อมูล และทิศทางการพัฒนา และการติดตามประเมินผล ไปในทางเดียวกัน นอกจากนี้การกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหาแบบกว้างๆ สัก 10 -12 ลำดับ ก็จะช่วยชี้แนะแนวทางการทำงานของพื้นที่มุ่งไปสู่เป้าหมายระดับประเทศร่วมกัน

2. การจัดตั้งคณะทำงานในการใช้กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ควรมีคณะทำงานที่ทำงานเชิงกว้างเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน และคณะทำงานวิชาการในเชิงลึก สำหรับระบบรวมและระบบย่อย เพื่อจัดทำเครื่องมือแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อนำไปดำเนินการปฏิรูประบบย่อย

ข้อเสนอขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการ



ขั้นตอนการจัดทำเนื้อหา

1.5.2 ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบของเนื้อหาในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ

1.5.2.1 นิยาม

มาตรา 46 ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “ให้คสช.จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ”

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (มีโลโก้ว่า “พรบ.สร้างนำซ่อม”) เมื่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เปรียบได้เป็น “ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย” เป็นเหมือนร่มคันใหญ่ที่เป็นกรอบหลักการและทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศ แต่ที่ยังขาดอยู่ คือทิศทาง หลักการและมาตรการสำคัญของระบบย่อย ที่เป็นส่วนประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเดิมมีอยู่ในร่างพรบ.ฉบับประชาชน และถูกตัดออกให้ไปเขียนในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น น่าจะตีความได้ว่า ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ หมายถึง กรอบหลักการ ทิศทาง และมาตรการสำคัญของระบบทั้งมวลและระบบย่อย ของระบบสุขภาพ

1.5.2.2 องค์ประกอบของเนื้อหา

มาตรา 46 ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติกำหนด “ให้คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (๓) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (๕) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
- (๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ซึ่งทั้ง 12 ข้อ สามารถจัดกลุ่มได้ 3กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แนวคิด และหลักการของระบบสุขภาพโดยรวม (Concept and principles) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ข้อ คือ ข้อ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ และข้อ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

กลุ่มที่ 2 ระบบดูแลสุขภาพ (Health care and health risk protection systems) ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อ 3 ถึง ข้อ 7 คือ การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และ การส่งเสริมสนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

กลุ่มที่ 3 ระบบโครงสร้างและกลไกสนับสนุน (Infrastructural and supporting system) ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อ 8 ถึง ข้อ 12 คือ การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ดังนั้นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ควรมียังน้อย 3 หมวด คือ **หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ**, **หมวดที่ 2 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ**, และ **หมวดที่ 3 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลไกสนับสนุน** นอกจากนี้ควรมีหมวดที่ 4 ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ด้วย รายละเอียดแต่ละหมวดมีดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ ซึ่งมี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการกล่าวถึงแนวคิดของระบบสุขภาพในนิยามใหม่, หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน (Core principles and Values),

และให้คำจำกัดความของ

- ระบบสุขภาพ

- ภาวของระบบสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐ กับภาคต่างๆในระบบสุขภาพ

- หน้าที่ของระบบสุขภาพ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ ซึ่งจะเป็นการกล่าวถึง

วิสัยทัศน์ และ เป้าหมายของระบบสุขภาพ

หมวดที่ 2 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ ซึ่งจะมีอย่างน้อย 5 ส่วน ประกอบด้วย หลักประกันและความคุ้มครองด้านสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ในแต่ละส่วนจะประกอบด้วย เป้าประสงค์ของระบบย่อย ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพด้วย และ แนวทางและมาตรการของระบบย่อยนั้นๆ (เช่นเดียวกับร่างฉบับประชาชน)

อาจเพิ่มการประเมินสถานะปัจจุบัน (แสดงตัวชี้วัดที่สำคัญบางตัว) และระบุว่ามียะอะไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา เพื่อช่วยให้การประเมินผลในอีก 3-4 ปีข้างหน้าทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

หมวดที่ 3 เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลไกสนับสนุน ซึ่งเป็นระบบที่สำคัญที่จะช่วยเอื้อให้ทุกฝ่ายทำงานร่วมกันได้ ซึ่งควรจะมีอย่างน้อย 5 ส่วน ประกอบด้วย การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ในแต่ละส่วนจะประกอบด้วย เป้าประสงค์ของระบบย่อย ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพด้วย และ แนวทางและมาตรการของระบบย่อยนั้นๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบในการออกแบบระบบ (System design)

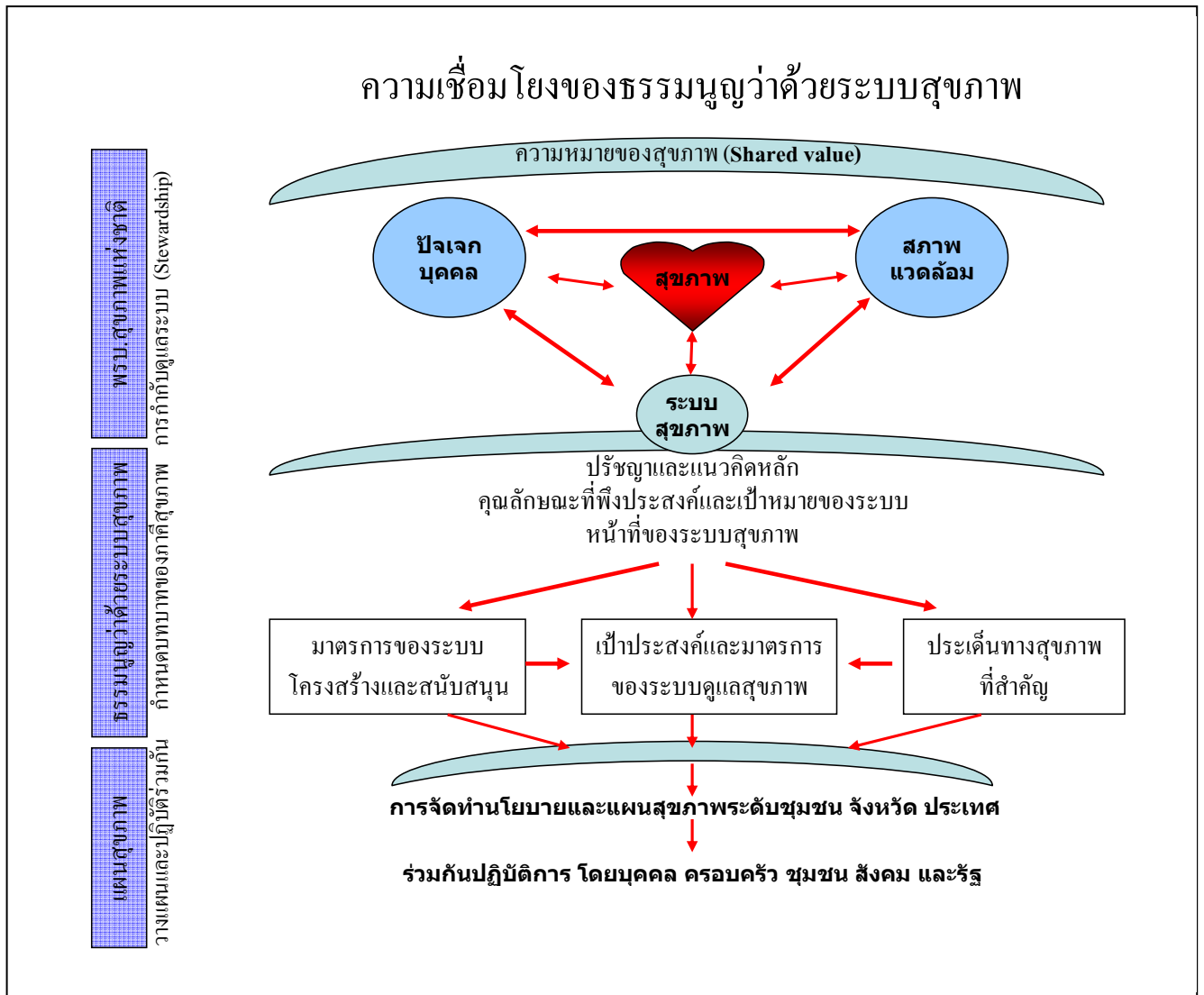
อาจเพิ่มการประเมินสถานะปัจจุบัน (แสดงตัวชี้วัดที่สำคัญบางตัว) และระบุว่ามียะอะไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา เพื่อช่วยให้การประเมินผลในอีก 3-4 ปีข้างหน้าทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น

นอกจากนี้ควรเพิ่มอีก 4 ระบบ ที่เป็นวิถีทางในการเพิ่มความร่วมมือมีส่วนร่วมของประชาชน ตามเจตนารมณ์ของพรบ.สุขภาพแห่งชาติด้วย คือ 1) ระบบการกำกับดูแลการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ (Stewardship) ที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอำนวยการตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ, 2) ระบบการประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคีในระบบสุขภาพที่ระดับท้องถิ่น, 3) ระบบการจัดทำนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ, และ 4) ระบบการจัดทำแผนและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของจังหวัด/ชุมชน

หมวดที่ 4 ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นที่คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญว่าเป็นปัญหากับสุขภาพในลำดับต้นๆ 10-12 อันดับ ซึ่งเน้นที่การระบุประเด็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ และใช้ระเบียบวิธีการจัดลำดับความสำคัญอย่างง่าย ที่คนส่วนใหญ่เข้าใจได้ มาเป็นเครื่องมือ

เหตุผลที่ให้มีการจัดลำดับความสำคัญประเด็นทางสุขภาพ เพราะธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพจะมีการปรับเปลี่ยนทุก 5 ปี ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพจึงควรมีการจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ที่เป็นจุดเน้นไว้ด้วย ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวขึ้นด้วย

แผนภาพ ข้อเสนอกรอบแนวคิด ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ



บทที่ 2
การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนด
กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
: กรณีศึกษาประเทศบราซิล

โดย อาจารย์ลลิตา เขตต์กัญญ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

2.1 สรุปสาระสำคัญ

ปัจจุบันประเทศบราซิลมีรัฐธรรมนูญทั้งหมด 7 ฉบับ ประกอบด้วย รัฐธรรมนูญปี 1824 , ปี 1891 , ปี 1934 , ปี 1937 , ปี 1946 , ปี 1967 , และ รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันของประเทศบราซิลคือรัฐธรรมนูญ ปี ค.ศ. 1988 ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกภาคส่วนจากทุกระดับของประเทศ ซึ่งใช้เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาสาระเป็นบางส่วน

การจัดทำธรรมนูญสุขภาพเริ่มต้นจากการประชุมของHealth conferenceใน3 ระดับคือ ระดับประเทศ ระดับรัฐ และระดับเทศบาล และได้มีการนำผลสรุปจากการประชุมไปเป็นวาระการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 (National Health Conference 1986) โดยพบประเด็นที่สำคัญคือ สุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐ และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องสุขภาพจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงและครอบคลุมของบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพแบบครอบคลุมเบ็ดเสร็จ การกระจายอำนาจการบริการสู่ระดับท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประเด็นดังกล่าวได้ถูกผลักดันให้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ ปี ค.ศ. 1988

ปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 99 ของเทศบาลมีจัดตั้งสภาสุขภาพ (Health council) ขึ้นโดยมีหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง อนุมัติแผน และติดตามการดำเนิน มีส่วนร่วมในการกำกับดูแลงบประมาณการดำเนินงานของ Unified Health System ผลที่เกิดจากการประชุมสภาสุขภาพจะถูกนำไปสู่การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นทุกๆ 4 ปี ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและจัดทำนโยบายสุขภาพ

ประเด็นที่น่าสนใจที่สรุปได้จากการวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนของประเทศบราซิลมีดังนี้

1. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในโครงสร้างของกระทรวงสุขภาพของประเทศบราซิล คือหน่วยงาน "Secretariat for Participatory Management" ซึ่งเป็น

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการเสนอกฎบัตรและกลวิธีในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหาร
จัดการโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน

2. สมาชิกของสภาสุขภาพประกอบด้วยตัวแทนภาครัฐ ภาคประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์
และสาธารณสุข ทั้งนี้ ร้อยละ 50 ของสมาชิกต้องมาจากผู้ใช้บริการ

2.2 บริบทของประเทศ

2.2.1 บริบทด้านการเมือง :

ประเทศบราซิลประกอบไปด้วย 26 มลรัฐ 5,500 เทศบาล และตำบล โดยการบริหาร
จัดการมีความเป็นเอกเทศในแต่ละภาคส่วน รัฐธรรมนูญที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือรัฐธรรมนูญที่จัดทำขึ้นในปี ค.ศ.
1998 โดยรัฐธรรมนูญดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างความอิสระ , เที่ยงธรรม , และความสามัคคีในชุมชน
2. รับประกันการพัฒนาของประเทศ
3. เพื่อลดความยากจนความไม่เท่าเทียมกันในสังคม
4. ส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ประชาชนโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ เพศ สีผิว และอายุ

โครงสร้างทางการเมืองของประเทศบราซิลแบ่งเป็น 3 ฝ่าย คือ

ฝ่ายที่ 1 ทำหน้าที่ในการออกกฎหมายโดยมีรัฐสภาเป็นผู้ดำเนินการ

ฝ่ายที่ 2 ทำหน้าที่ในการบริหารโดยมีประธานาธิบดีและผู้ว่าการรัฐเป็นผู้ดำเนินการ

ฝ่ายที่ 3 ทำหน้าที่ในการดูแลศาล ผู้พิพากษาโดยในแต่ละภาคส่วนเป็นผู้ดำเนินการ
นอกจากนี้ยังมี กระทรวงสาธารณะ(Public Ministry) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระช่วยดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมาย
ระบอบประชาธิปไตยและประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเป็นงานในส่วนบริหารที่ต้องจัดทำขึ้นและนำเสนอสู่รัฐสภา
เพื่อให้พิจารณา ได้แก่ Multi Years Plan, Budget Guideline Law, Annual Budget Law

Multi Years Plan ปี 2004 – 2007 มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ข้อ ได้แก่

1. ครอบคลุมและลดความไม่เที่ยงธรรมในสังคม
2. การคงไว้ซึ่งความเจริญเติบโตในการจ้างงาน รายได้ และการรักษาสิ่งแวดล้อม
3. การส่งเสริมและขยายความเข้มแข็งในเรื่องประชาธิปไตย

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สิ่งที่มีความท้าทายและต้องทำเป็นอันดับแรก คือ การส่งเสริมการเข้าถึงการ
ประกันสังคมที่มีคุณภาพและการศึกษา

2.2.2 บริบทด้านเศรษฐกิจ :

ศักยภาพด้านเศรษฐกิจของบราซิลสามารถวัดได้จาก GDP ของประเทศ โดยในช่วงปี ค.ศ. 1998 – 1999 มีการเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจเพียงเล็กน้อย แต่ในปี ค.ศ. 2000 มีการเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากการขยายตัวของภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และการบริหาร ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2003 การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจมีลักษณะ เช่นเดียวกับปี ค.ศ. 1998 – 1999 ซึ่งมีการขยายตัวเพียงเล็กน้อย ในปี ค.ศ. 2004 การเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นอีกครั้งแต่พบว่า การกระจายของรายได้ยังขาดความเสมอภาค กล่าวคือประชาชนที่ยากจนมีรายได้ประมาณ 15% ของรายได้ทั้งหมดในประเทศ โดยเฉพาะภาคใต้ของประเทศ การประกันสังคมได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐอย่างสม่ำเสมอและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยงบประมาณได้ถูกนำไปใช้ในส่วนของการดูแลสุขภาพและสวัสดิการมากที่สุด

2.2.3 บริบทด้านสังคม :

นโยบายด้านสังคม กำหนดไว้ว่าสิทธิด้านการศึกษาและสุขภาพของประชาชนทุกคนเป็นหน้าที่ของรัฐ การประกันสิทธิด้านการศึกษากล่าวถึงความครอบคลุม การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย งบประมาณที่ใช้ในเรื่องการศึกษามาจากรัฐบาลกลาง มลรัฐ เทศบาล และตำบล

รัฐธรรมนูญปี 1988 ได้มีการปรับปรุงรูปแบบและแนวคิดการประกันสังคม โดยเพิ่มในเรื่องของโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สวัสดิการ และการช่วยเหลือทางสังคม และเช่นเดียวกันงบประมาณที่ใช้ในโครงการเหล่านี้มาจากรัฐบาลกลาง มลรัฐ เทศบาล ตำบล ผู้ประกอบกิจการ และสลากกินแบ่ง

นโยบายด้านสุขภาพกำหนดไว้ว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการและการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วถึงเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และการบาดเจ็บโดยรัฐมีหน้าที่จัดบริการทั้งหมดให้ เรียกว่า Unified Health System/SUS จึงใช้วิธีการกระจายอำนาจและบริการสู่ท้องถิ่น การจัดการบริการที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งจัดการให้บริการแบบครอบคลุมเบ็ดเสร็จ(Comprehensive service) ภายใต้แนวคิดเรื่องความเท่าเทียมกัน

2.3 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ

ประเทศบราซิล¹⁷ มีกฎหมายประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรก ใน พ.ศ.2466 ในยุคแรกของการปกครองแบบสาธารณรัฐ (ยุค Old Republic) ที่มีประธานาธิบดีสืบทอดอำนาจในกลุ่มเดิมๆแบบระบบอุปถัมภ์ กฎหมายดังกล่าวทำให้เกิดการประกันสุขภาพที่จัดบริการโดยสถานพยาบาลเอกชน ครอบคลุมเฉพาะในหมู่คนทำงานในเขตเมือง และกลุ่มวิชาชีพ โดย แหล่งเงินมาจากการร่วมจ่ายระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง และขยายไปสู่ผู้

¹⁷ Elias, Paulo. And Cohn, Amelia. Health Reform in Brazil: Lessons to consider. American Journal of Public Health, Volume 93, No.1, 2003

ประกอบวิชาชีพอิสระในปีพ.ศ.2510 ในขณะที่ ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันตน ต้องพึ่งสถานบริการของรัฐ ที่จัดให้ได้แค่บริการรักษาพยาบาลพื้นฐาน

การเรียกร้องให้ปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นอย่างจริงจัง ในปี พ.ศ.2518 ภายหลังวิกฤติการณ์น้ำมันทั่วโลกในปีพ.ศ. 2516 ที่มีผลทำให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของบราซิล ลดลงจาก 10% ต่อปีเป็น 5% ต่อปี ปัจจัยผลักดันการปฏิรูปส่วนหนึ่งมาจากการที่ประชาชนถูกสิทธิ ตกอยู่ภายใต้รัฐบาลทหารเผด็จการมาเป็นเวลานาน (ตั้งแต่ปีพ.ศ.2507-2528) การขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่บนแนวคิดหลักการ “ถ้วนหน้า” (Universalism) และความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นการขับเคลื่อนร่วมกันของหลายภาคส่วนในสังคมตั้งแต่ ปัญญาชน อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ นักวิจัยด้านสุขภาพ ตลอดจนองค์กรลูกจ้าง และพรรคการเมืองที่สนับสนุนประชาธิปไตย

ต่อมา ในปีพ.ศ.2527 รัฐบาลทหารเริ่มเสื่อมอำนาจลง ประชาชนเรียกร้องให้มีการเลือกตั้งและจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ขึ้น และหลักการปฏิรูปโครงสร้างระบบสุขภาพได้ถูกผลักดันให้รวมเข้าไปอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับ ค.ศ.1988 (พ.ศ.2531)

ในช่วงประชาธิปไตยแบ่งบาน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ร่วมผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้เข้าไปมีตำแหน่งสำคัญในกระทรวงที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข (ซึ่งในขณะนั้นคือกระทรวงความมั่นคงและสวัสดิการสังคม (Ministry of Social Security and Assistance) และได้เริ่มปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพสู่ท้องถิ่น และการจัดระบบให้ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแบบระบบเดียว (Unified Health System) ที่กระจายอำนาจให้กับท้องถิ่นในการจัดการเครือข่ายสถานบริการของรัฐและเอกชนที่เชื่อมโยงกันแบบทั้งแข่งขันและเป็นส่วนเพิ่ม ด้วยการบริหารจัดการแบบประสานงานและมีส่วนร่วมจากชุมชน และมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการป้องกันเป็นอันดับต้นๆ สอดคล้องกับแนวคิด สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ที่เสนอในที่ประชุม Alma Ata ¹⁸

ระบบ SUS เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2533 ครอบคลุมประชากรทุกคน 174.6 ล้านคน มีแหล่งการคลังมาจากภาษี จัดบริการให้ประชาชนทุกคนโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย โดยมีสถานพยาบาลภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ดำเนินการควบคู่ไปกับ Complementary Medical Care System (SSAM) ที่เป็นประกันสุขภาพเอกชนให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ที่ผูกกับการจ้างงาน ครอบคลุมประชากร 33 ล้านคน (19%)

การเปลี่ยนแปลงในช่วงแรกเกิดขึ้นได้จากการใช้เงินของประกันสังคมสมทบกับเงินงบประมาณจากภาษีทั่วไป ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2536 ประกันสังคมไม่จ่ายสมทบเข้า SUS ทำให้เงินที่ใช้ในระบบสุขภาพไม่พออย่างต่อเนื่อง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องใช้เงินจากแหล่งการคลังใหม่ ที่ได้มาจาก ภาษีธุรกรรมทางการเงิน (financial transactions) ที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ.2539

จนกระทั่งปี พ.ศ.2544 การแก้ไขรัฐธรรมนูญได้กำหนดให้รัฐต้องอุดหนุนการดูแลสุขภาพโดยใช้งบประมาณจากภาษีทั่วไป โดยรัฐบาลกลางจ่ายตามงบประมาณปีที่ผ่านมาแล้วปรับด้วย GNP (เฉลี่ยเพิ่มปีละ

¹⁸ Behague, DP., Goncalves, H., and Dias Da Costa, J. 2002. Making medicine for the poor: primary health care interpretation in Pelotas, Brazil. Health Policy and Planning; 17(2): 131-143

2.4%) และกำหนดให้มลรัฐและเทศบาลผูกพันที่จะต้องจ่ายสมทบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยตั้งเป้าหมายในปีพ.ศ.2547 ให้มากถึง 12% ของงบประมาณของมลรัฐ และ 15% ของงบประมาณของเทศบาล ต่อมาการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางไปยังกองทุนระดับท้องถิ่น ได้เปลี่ยนวิธีเป็นการจ่ายโดยแยกเงินเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกจ่ายตรงให้ผู้ให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามจำนวนการบริการของแต่ละแห่งภายใต้เพดานของงบรักษาพยาบาลของท้องถิ่นนั้น และแบบที่สองจ่ายสำหรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานและกิจกรรมระดับวิทยาในอัตรารายหัว ให้กับเทศบาล¹⁹

การประมาณรายจ่ายงบประมาณรายหัวสำหรับระบบ SUS โดยประมาณการสำหรับปีพ.ศ.2537 ว่าระบบมีความต้องการเงินเท่ากับ 136 USD โดยรัฐบาลกลางจ่าย 67 USD (ประมาณ 2,680 บาท) มลรัฐและเทศบาลจ่าย 26 USD และประชาชนจ่ายเอง 43 USD (32%) รวมเป็นเงิน 21.1 พันล้านUSD ในขณะที่ SSAM ประกันสุขภาพเอกชนในภาคการจ้างงานจะใช้แค่ 2.1 พันล้าน USD รวมทั้งหมดคิดเป็น 4.9%ของGDP (รัฐจ่าย 3.3% ของGDP) จนถึงปี พ.ศ. 2545 รายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐยังไม่เพิ่มขึ้น คิดเป็นประมาณ 3.5% ของ GDP (Camargo, 2004)²⁰

อย่างไรก็ดี SUS ยังประสบปัญหาอันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนบริการ และการอุดหนุนเงินที่ไม่เพียงพอ การที่ไม่สามารถดึงดูดสถานบริการเอกชนที่เคยจำกัดแต่ใน SSAM ซึ่งเป็นการบริการที่มีกำไร มาร่วมรับผิดชอบปริมาณการรักษาในระบบ SUS ที่มาก รวมทั้งบริการราคาแพงที่ภาคเอกชนไม่ยอมจัดบริการ ยังพบปัญหาการจัดบริการที่ไม่เท่าเทียมกันในต่างพื้นที่ แพทย์กระจุกในเมืองใหญ่ ผู้มีรายได้น้อยและพื้นที่ด้อยพัฒนาประสบปัญหาในการได้รับบริการและได้รับบริการรักษาที่มีคุณภาพต่ำกว่า²¹

¹⁹ Almeida, C., Baptista, T., Travassos, C., Porto, S. (2000) Health Sector reform in Brazil. A report.

²⁰ Camargo, Jose. Política Social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos. *Sao Paulo em Perspectiva*, Volume 18, No. 2, 2004. In Turra, C. and Queiroz, B. Intergenerational Transfers and Socioeconomic Inequality in Brazil: a First Look. A paper prepared for the *Taller sobre Transformaciones Demograficas*, Transferencias Intergeneracionales y Proteccion Social en America Latina, CELADE, July 6-7, 2005 Santiago, Chile.

²¹ Almeida, Celia et al. Health Sector Reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, volume 30, number 1, 2000.

2.4 โครงสร้างระบบสุขภาพ

2.4.1 Unified Health System

ปลายปี ค.ศ.1980 โดยมีการออกกฎหมายที่ส่งเสริม Unified Health System (เรียกชื่อย่อว่า SUS) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระและมีระบบกระจายอำนาจและบริการสู่ระดับท้องถิ่น

SUS เป็นการทำงานร่วมกันของ กระทรวงสุขภาพ(Ministry of Health) , สำนักงานสุขภาพแห่งมลรัฐ(The State Health Secretariats) และสำนักงานสุขภาพแห่งเทศบาล(Municipal Health Secretariats) กิจกรรมและบริการของ SUS ขึ้นอยู่กับนโยบายของสภาสุขภาพ(Health Councils) ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากรัฐบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้แนวทางการดำเนินงานได้ถูกกำหนดขึ้นจากการประชุมวิชาการสุขภาพ(Health Conference) ที่เกิดขึ้นใน 3 ระดับของประเทศ โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในสังคม ซึ่ง การประชุมวิชาการสุขภาพ จะจัดขึ้นทุก 4 ปี โดยคณะผู้บริหารสภาสุขภาพอันประกอบด้วยตัวแทนภาครัฐ ภาคประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้การประชุมวิชาการสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพ และเสนอแนวทางและนโยบายทางด้านสุขภาพ

2.4.2 กระทรวงสุขภาพ

กระทรวงสุขภาพมีหน้าที่ในการบริหาร SUS โดยมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. กำหนดแนวทางและเป้าหมายด้านสุขภาพในระดับประเทศ
2. มีส่วนร่วมในการจัดการด้านการเงิน
3. ประสาน ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ
4. กำหนดมาตรฐานการดูแลสุขภาพ
5. ประสานงานกับระบบสุขภาพิบาล ระบบเฝ้าระวังด้านระบาดวิทยาและระบบเครือข่ายข้อมูลด้านสุขภาพ
6. กำหนดนโยบายระดับชาติด้านการผลิตวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และคลังเลือด การเฝ้าระวังด้านระบาดวิทยาในส่วนต่าง ๆ
7. นำนโยบายสู่การปฏิบัติในเรื่องการควบคุมคุณภาพและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์
8. กำหนด ติดตาม ควบคุม การให้บริการสุขภาพในภาคเอกชน
9. มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้กระทรวงสุขภาพยังครอบคลุมกรมการพัฒนาระบบแห่งชาติ ด้านอาหารและโภชนาการ การประสานงานกับสภาด้านสวัสดิการสังคม นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในหลายภาคส่วนและในทั้ง 3 ระดับของรัฐบาล

โครงสร้างของกระทรวงสุขภาพประกอบไปด้วย 5 หน่วยงานย่อย

- Secretariat for Health Care
- Secretariat for labor and Education in Health
- Secretariat for Health Surveillance
- Secretariat for Science Technology and Strategic inputs
- Secretariat for Participatory Management

โดยพบว่าโครงสร้างของกระทรวงสุขภาพที่น่าสนใจและมีความแตกต่างจากประเทศไทยคือ หน่วยงาน

“Secretariat for Participatory Management” ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเสนอกฎบัตรและกลวิธีในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ SUS แบบประชาธิปไตย โดยมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของสภาสุขภาพในระดับมลรัฐและระดับเทศบาล
- จัดทำกลวิธีการประเมินผลงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง
- นำเสนอกฎบัตรในการพัฒนาและส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมในการเข้าร่วมการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ สภาสุขภาพ และเครือข่ายสภาสุขภาพแห่งชาติ
- จัดอบรม สมาชิกสภาสุขภาพ(Health Council)
- ประสานงานระหว่างระดับบริหารของ SUS
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นตัวแทนด้านสิทธิของประชาชน

2.5 กระบวนการจัดทำรัฐธรรมนูญในรัฐธรรมนูญ

2.5.1 ที่มาในการจัดทำรัฐธรรมนูญ

ปี ค.ศ.1824 ประเทศบราซิลปกครองโดยจักรพรรดิ ดังนั้นรัฐธรรมนูญแห่งชาติของบราซิลฉบับแรกถูกจัดทำขึ้นโดยชาวโปรตุเกส หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1889 การปกครองเปลี่ยนเป็นสาธารณรัฐแต่การจัดทำรัฐธรรมนูญแห่งชาติในยังคงถูกจัดทำโดยกลุ่มบุคคลคณะเดิม จนกระทั่งมีการปฏิวัติ ในปี ค.ศ. 1930 และการเรียกร้องรัฐธรรมนูญใหม่จากชนชั้นนายทุนที่ถูกกดขี่จากการปกครองเผด็จการ ปี ค.ศ. 1934 บราซิลได้เปลี่ยนการปกครองมาเป็นการปกครองโดยประธานาธิบดีอีกครั้ง และรัฐธรรมนูญให้สิทธิการออกเสียงขยายครอบคลุมประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปทุกคน ในปี ค.ศ. 1937 รัฐบาลเผด็จการได้เปลี่ยนรัฐธรรมนูญ โดยให้ความสำคัญกับอำนาจของประธานาธิบดีในการควบคุมดูแลผู้ว่าการในแต่ละรัฐ ต่อมารัฐธรรมนูญแห่งชาติปี 1946 เพิ่มความเป็นอิสระของปัจเจกบุคคล

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1964 ถึง ปี ค.ศ.1985 ประเทศบราซิลถูกปกครองโดยรัฐบาลทหาร ซึ่งลดทอนสิทธิและเสรีภาพของ ประชาชนโดยทั่วไป ในปี ค.ศ. 1984 รัฐบาลทหารมีอำนาจในการปกครองประเทศลดน้อยลง ประชาชนชาวบราซิลเริ่มมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงรัฐธรรมนูญฉบับเดิมของรัฐบาลทหาร กำหนดให้ประธานาธิบดีต้องมาจากการเลือกตั้ง ดังนั้น ในปี ค.ศ.1988 รัฐธรรมนูญแห่งชาติฉบับปัจจุบันจึงได้ถูกจัดทำขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งรัฐธรรมนูญ

- การที่ประเทศบราซิลถูกปกครองโดยรัฐบาลทหาร

ประเทศบราซิลถูกปกครองโดยรัฐบาลทหารตั้งแต่ปี ค.ศ.1964 ถึง ปี ค.ศ.1985 ทำให้สิทธิเสรีภาพของประชาชนถูกจำกัดมาเป็นเวลานาน ดังนั้นในปี ค.ศ.1984 เมื่อรัฐบาลทหารเริ่มเสื่อมอำนาจการปกครองลง ประชาชนในแต่ละภาคส่วนจึงเริ่มมีการเคลื่อนไหวเรียกร้องให้มีการเลือกตั้งและการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ขึ้น

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ

ปี ค.ศ.1980 เศรษฐกิจของประเทศบราซิลเริ่มซบเซา ประชาชนมีความวิตกกังวลในเรื่องเศรษฐกิจเนื้อหารัฐธรรมนูญที่ใช้อยู่ในเวลานั้น มุ่งประเด็นในการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจแก่ประชาชน โดยมีความพยายามในการจัดตั้งรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินงานโดยรัฐบาลขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่รัฐยังคงมีสิทธิในการรับบริการต่างๆรวมถึงสิทธิหลังเกษียณอายุมากกว่าภาคเอกชนก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในสังคม ประกอบกับการที่รัฐบาลทหารเริ่มเสื่อมอำนาจการปกครองลงประชาชนจึงเรียกร้องให้มีการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่มีความชัดเจนในเรื่องสิทธิทางสังคมและเน้นการส่งเสริมเศรษฐกิจของประเทศโดยต้องมีการสอดคล้องกับการก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์

2.5.3 กระบวนการมีส่วนร่วมและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำธรรมนูญ

กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในประเทศบราซิลมีความชัดเจนมากขึ้นหลังจากการปกครองของรัฐบาลทหารได้สิ้นสุดลงในปี ค.ศ. 1985 และรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้งได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของประชาธิปไตยเป็นอย่างมาก จึงได้ดำเนินการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มากยิ่งขึ้น ภายใต้แนวคิดที่สำคัญคือ “All for social (People)” ขณะเดียวกันนี้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพก็มีความชัดเจนมากขึ้นด้วยเช่นกัน

การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มต้นจากการประชุมสุขภาพในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ และได้มีการนำผลสรุปจากการประชุมจากทุกระดับไปเป็นวาระในการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 (National Health Conference, 1986) โดยในการจัดประชุมครั้งนั้นมีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคคลจากหลายภาคส่วนของสังคม คือประธานาธิบดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งสิ้นกว่า 5,000 คน ดังนี้

- เจ้าหน้าที่จากกระทรวงสุขภาพ
- ตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ, มหาดไทย, สวัสดิการและประกันสังคม, พัฒนาชุมชนเมือง, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และจากหน่วยการวางแผนด้านสุขภาพ
- ตัวแทนจากสภานิติบัญญัติ
- ตัวแทนจากสหภาพแรงงาน
- รัฐและสมาคมวิชาชีพ

- ตัวแทนจากหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับรัฐและท้องถิ่น
- ตัวแทนจากผู้ให้บริการสุขภาพ
- ผู้สังเกตการณ์จากองค์กรต่างประเทศ
- ตัวแทนจากองค์กรภาครัฐ
- ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆที่ได้รับเชิญจากกระทรวงสุขภาพ

ภายหลังการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พบประเด็นที่สำคัญคือ ความหมายของสุขภาพ กล่าวคือ สุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐ และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องสุขภาพจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงและครอบคลุมของบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ การกระจายอำนาจการบริการสู่ระดับท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน

ผลจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ได้นำไปสู่การดำเนินการโดยมีการเผยแพร่ผลการประชุมและมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งประกอบไปด้วย ตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ สภานิติบัญญัติ องค์กรภาคประชาชนต่างๆ เพื่อร่วมกันพัฒนาร่างกฎหมายที่จะใช้บังคับในระบบสุขภาพใหม่ ซึ่งสาระหลักในโครงร่างจะประกอบไปด้วยแนวคิดเรื่องสุขภาพ สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยประเด็นหลักของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบไปด้วย

- การบริหารงานเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดมาจากการมีส่วนร่วมของรัฐบาล ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการและตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ
- การตัดสินใจ การวางแผนการบริหารจัดการ การควบคุมและประเมินผลของบริการที่จัดขึ้นโดยเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของทุกภาคส่วน
- สภาสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำหน้าที่ในการประสานงานกับกระทรวงสุขภาพ ในการจัดทำและควบคุมการดำเนินงานด้านนโยบายสุขภาพระดับประเทศ ในระดับท้องถิ่นต้องมีสภาสุขภาพในแต่ละระดับเช่นเดียวกัน
- การบริหารในระบบสุขภาพต้องมีสภาสุขภาพเป็นกรรมการในการบริหารซึ่งต้องประกอบไปด้วยผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและต้องมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการร่วมด้วยเสมอ
- งบประมาณในระดับประเทศ รัฐและท้องถิ่นอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ แต่ในระดับท้องถิ่นต้องมีการออกเสียงของกรรมการบริหารและอยู่ภายใต้การดูแลของสภาสุขภาพด้วย

ประเด็นต่างๆได้ถูกนำไปเสนอไว้ใน Brazilian Constitutional Charter 1988 และยังผลให้เกิดการจัดตั้งสภาสุขภาพขึ้นและมีการประชุมวิชาการสุขภาพทุก 4 ปี โดยสภาสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่นจะเป็นแกนนำในการจัดการประชุมว่าด้วยการจัดทำนโยบายสุขภาพในแต่ละระดับ สมาชิกของสภาสุขภาพร้อยละ 50 มาจากผู้ให้บริการ ตัวแทนจากรัฐบาลจาก 26 มลรัฐ และ 5,451 เทศบาล ตัวแทนจากองค์กรต่างๆในสังคม ผู้ให้บริการ และบุคลากรทางการแพทย์

การดำเนินการของสภาสุขภาพในแต่ละระดับอาจมีความแตกต่างกันบ้างแต่ต้องมีการประสานงานในแต่ละระดับนอกจากนี้สภาสุขภาพยังต้องประสานงานกับฝ่ายบริหารของรัฐบาลซึ่งบางครั้งอาจเกิดปัญหาบ้างเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของ Unified Health System (SUS) ของประเทศบราซิล นอกจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ได้ส่งผลให้เกิดสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพแล้วยังนำไปสู่การออกกฎหมาย Health Organization Law (Law 8080/90) และ Law 8142/90 ซึ่งกฎหมายทั้ง 2 ฉบับประกอบไปด้วยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรค อำนาจหน้าที่และทรัพยากรในแต่ละระดับของรัฐบาล กลวิธีการบริหารจัดการระบบ การมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพ โดยกฎหมายที่มีความสำคัญกับระบบสุขภาพต้องผ่านการพิจารณาจากสภานิติบัญญัติโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน

1. กฎหมายที่บังคับใช้และมีบทลงโทษ เน้นเรื่องความรับผิดชอบด้านสุขภาพอันมีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สิน

2. กฎหมายเสริม เน้นเรื่องโครงการด้านสาธารณสุขและการบริการสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการมีส่วนร่วมของประชาชนในสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นโดยประเมินจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 ปี ค.ศ 2003 มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 5,000 คนโดยหัวข้อในการสัมมนา คือ “The Health we have, the SUS we want” และในการประชุมดังกล่าวได้มีการกำหนดของนโยบายสุขภาพในอีก 4 ปีข้างหน้า ในปี ค.ศ. 2004 ได้มีการจัดประชุมเพิ่มเติมในหัวข้อเรื่อง “Knowledge Working for Equity in Health” และในปี 2005 สภาสุขภาพแห่งชาติอนุมัติให้มีการประชุมตามแนวคิดของการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 ถึง 3 การประชุม ในระดับประเทศและท้องถิ่นได้แก่

- Workers Health Conference
- Labor Management and Health Education
- Indigenous Health Conference

นอกจากการประชุมวิชาการสุขภาพในแต่ละระดับแล้วประเทศบราซิลยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยเผยแพร่ข้อมูลต่างๆด้านสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิต สุขภาพสิ่งแวดล้อม อาหารและการป้องกันโรคผ่าน Health Channel ซึ่งจะออกอากาศทุกวันเสาร์ เวลา 19.00 น. ทาง Education TV และถ่ายทอดไปยังเครือข่ายโทรทัศน์อื่นๆอีกด้วย

2.6 สารสำคัญของหมวดสุขภาพในรัฐธรรมนูญ ปี 1988

ในปัจจุบันประเทศบราซิลมีรัฐธรรมนูญทั้งหมด 7 ฉบับ ประกอบด้วย รัฐธรรมนูญปี 1824 , ปี 1891 , ปี 1934 , ปี 1937 , ปี 1946 , ปี 1967 , และปี 1988 ทั้งนี้รัฐธรรมนูญ ปี 1988 เป็นรัฐธรรมนูญที่ใช้เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาสาระเป็นบางส่วน โดยรัฐธรรมนูญปี 1988 ประกอบไปด้วย 8 หมวดใหญ่ ได้แก่

หมวดที่ 1 หลักการและแนวคิดของรัฐธรรมนูญ

หมวดที่ 2 สิทธิและหน้าที่ของบุคคล

หมวดที่3 องค์การรัฐ

หมวดที่4 อำนาจขององค์กร

หมวดที่5 ประชาธิปไตยของรัฐและสถาบัน

หมวดที่6 ภาษีและงบประมาณ

หมวดที่7 เศรษฐกิจและการเงิน

หมวดที่8 สังคม

หมวดที่ 9 การจัดสรรโดยทั่วไป

เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพถูกจัดไว้ในหมวดสังคมซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Article 196

“สุขภาพเป็นสิทธิของทุกคนและรัฐมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยรัฐจะต้องกำหนดนโยบายด้านเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อที่จะลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ”

Article 197

“บริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐบาลจัดมาให้ประชาชนโดยต้องมีความสอดคล้องและอยู่ภายใต้กฎหมายข้อบังคับ”

Article 198

ทิศทางและรูปแบบบริการสุขภาพต้องมีลักษณะ

- กระจายอำนาจการบริการสู่ระดับท้องถิ่น
- เป็นบริการแบบเบ็ดเสร็จ
- เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

Article 199

การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพภายใต้การดูแลของ SUS

Article 200

หน้าที่ของ SUS ประกอบไปด้วย

- ควบคุมการปฏิบัติการ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์
- ดำเนินการด้านสุขภาพิบาล และเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
- จัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์

- มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ
- พัฒนาด้านการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- ควบคุมเรื่องการบริโภคอาหาร และเครื่องดื่ม
- ควบคุมการผลิต การขนส่งเกี่ยวกับสารพิษ รังสีและสารเสพติด
- ประสานงานอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมรวมไปถึงในสถานที่ทำงาน

ตารางที่ 2.1 สรุปประเด็นการจัดทำรัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล

ประเด็น	รายละเอียด
ชื่อเอกสาร	Constitution of Brazil
ประเภทเอกสาร	รัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 52 มีผลบังคับใช้ วันที่ 8 มีนาคม 2549
จัดทำโดย	ประธานาธิบดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งสิ้นกว่า 5,000 คน
1. วัตถุประสงค์และความมุ่งหมายของเอกสาร	เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำรัฐธรรมนูญ โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของประเทศ
2. ระดับของนโยบาย	ระดับประเทศ
3. การให้คุณค่าและความหมาย	1. สุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำนโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยและสิ่งคุกคามต่างๆ ตลอดจนการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม และครอบคลุม อันได้แก่ การสร้างเสริม การป้องกันและการฟื้นฟู 2. การประชุมวิชาการสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ และจัดทำนโยบายสุขภาพระดับประเทศเกิดจากการประชุมสภาสุขภาพที่มีอยู่ร้อยละ 93 ของเทศบาลในทุกมลรัฐ ที่มีขึ้นทุก 4 ปี โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับของประเทศ 3. การมีส่วนร่วมในระบบ Unified Health System (SUS) ปราบกฎไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งยังผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ประเด็นด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเกิดการมีส่วนร่วมได้ถูกนำมาใช้พิจารณาในการประชุมวิชาการสุขภาพ

ประเด็น	รายละเอียด
4. ความหมายของระบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญ	1.รัฐธรรมนูญฉบับ 1988 ตระหนักถึงสิทธิในการได้รับการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จอย่างเท่าเทียมกัน สุขภาพเป็นสิทธิทางสังคมและสิทธิของประชาชน 2.นโยบายด้านสุขภาพกำหนดไว้ว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการและการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทั่วถึงเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และการบาดเจ็บโดยรัฐมีหน้าที่จัดบริการทั้งหมดให้ เรียกว่าระบบ Unified Health System/SUS จึงใช้วิธีการกระจายอำนาจและบริการสู่ท้องถิ่น โดยการจัดการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งจัดการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ(Comprehensive service)ภายใต้แนวคิดเรื่องความเท่าเทียมกัน
5.ความครอบคลุมของระบบสุขภาพ	1. การกระจายอำนาจในระบบ Unified Health System (SUS) มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีค่าใช้จ่ายและการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล 2.การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิลอยู่ภายใต้หลักการที่ให้ภาคประชาชนและชุมชนเป็นผู้ควบคุมระบบ ดังนั้นการที่ประชาชนมีส่วนร่วมภายใต้การสนับสนุนของภาครัฐจะนำมาซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลง
6. ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสาร	เนื้อหาสาระของรัฐธรรมนูญแบ่งเป็น 8 หมวด - หลักการและแนวคิดของรัฐธรรมนูญ - สิทธิและหน้าที่ของบุคคล - องค์การรัฐ - อำนาจขององค์กร - ประชาธิปไตยของรัฐและสถาบัน - ภาษีและงบประมาณ - เศรษฐกิจและการเงิน - สังคม - การจัดสรรโดยทั่วไป โดยประเด็นด้านสุขภาพอยู่ในหมวดสังคม
7. วิวัฒนาการและกระบวนการ	1. แนวคิดเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมเกิดจากความเชื่อที่ว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนำมาซึ่งประชาธิปไตย การจะขับเคลื่อนสังคม ต้องได้รับการสนับสนุนจากภาคการเมือง 2.กระบวนการมีส่วนร่วมเกิดขึ้นทุกภาคส่วนของชุมชน องค์กร ภาคี สังคม ตลอดจนตัวแทนของประชาชนในระดับท้องถิ่น เพื่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ประเด็น	รายละเอียด
	3.ปัจจุบันประเทศไทยมีธรรมนูญทั้งหมด 7 ฉบับ ประกอบด้วย ธรรมนูญปี 1824 , ปี 1891 , ปี 1934 , ปี 1937 , ปี 1946 , ปี 1967 , และปี 1988 ทั้งนี้ ธรรมนูญแห่งชาติ -ปลายปี ค.ศ.1970 การปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มมีความชัดเจนใน โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมในหลายภาคส่วน ทั้งนี้ผลการประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้ได้ข้อเสนอเพื่อนำเข้าไปพิจารณาในการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 -ปี ค..ศ.1986 มีการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 โดยมีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคคลจากหลายภาคส่วนของสังคม คือประธานาธิบดี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งสิ้นกว่า 5,000 คน ผลการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติได้มีการจัดทำร่างนโยบายสุขภาพและผลักดันให้รวมเข้าไปอยู่ในธรรมนูญปี1988 -ปี ค..ศ.1988 มีการจัดทำรัฐธรรมนูญที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนจากทุกภาคส่วนในทุกระดับของประเทศ เป็นครั้งแรก -ปี ค.ศ 2003 หัวข้อในการประชุมวิชาการสุขภาพคือ “The Health we have, the SUS we want” -ปี ค.ศ. 2004 ได้มีการจัดประชุมในหัวข้อเรื่อง “Knowledge Working for Equity in Health” -ปี ค.ศ.2005 แนวคิดของการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติได้แก่ - Workers Health Conference - Labor Management and Health Education - Indigenous Health Conference
8. การนำไปใช้	ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนจากทุกภาคส่วน

2.7 ข้อค้นพบจากการวิจัย

1.การมีส่วนร่วมในประเทศบราซิลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ภาคสังคม ทำให้เกิดขบวนการตัดสินใจทางสุขภาพจากภาคประชาชนอย่างเป็นประชาธิปไตย แต่ไม่ได้รับประกันว่าประชาชนจะได้รับการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน แต่อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมในภาคการเมืองอาจนำมาซึ่งการตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งอาจเป็นส่วนในการควบคุมคุณภาพการให้บริการสุขภาพ

2.ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในกระบวนการมีส่วนร่วมของประเทศบราซิลประกอบด้วย

- การปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ
- การขับเคลื่อนขององค์กรภาคประชาชน
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้นำภาคีต่างๆ
- การตระหนักถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพของผู้บริหารมลรัฐ และเทศบาล
- ลักษณะการทำงานที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

บรรณานุกรม:

http://www.photius.com/countries/brazil/society/brazil_society_health_professionals~201.html

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000200002&script=sci_arttext

http://www.idrc.ca/en/ev-35305-201-1-DO_TOPIC.html

www.paho.org/English/DD/AIS/cp_076.htm

www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid

www.socialsciences.scielo.org/pdf/s_soc/v1nse/scs_a05.pdf

www.socialsciences.scielo.org/pdf/s_icse/v2nse/scs_a09.pdf

บทที่ 3
การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนด
กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
: กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา

โดย ดร.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

3.1 บทนำ

นักวิจัยได้ทำการค้นคว้าในขั้นตอนแรกที่ Google search ด้วยคำสำคัญว่า “health law” พบ เว็บไซต์ที่รวบรวมแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายด้านสุขภาพ คือ เว็บไซต์ของ Center for Law and Public's Health at Georgetown and John Hopkins University²² จึงได้ทำการอ่านและค้นหา พบเรื่องราวของ Turning Point Model State Public Health Act ที่เป็นต้นแบบกฎหมายสุขภาพระดับมลรัฐตามแนวคิดสาธารณสุขแบบใหม่ซึ่งเน้นความร่วมมือ ต่อจากนั้นนักวิจัยได้สืบค้นเชื่อมโยง จึงพบแผนนโยบายของมลรัฐต่างๆถึง 16 มลรัฐ ซึ่งร่วมในโครงการ Turning Point Initiative²³ จากการเลือกอ่าน แผนสุขภาพของ 3 มลรัฐ (New York, Louisiana, และ Wisconsin) พบว่า the Healthiest Wisconsin 2010: A Partnership Plan to Improve the Health of the Public ของมลรัฐวิสคอนซินน่าสนใจที่สุดเพราะได้เน้นที่ตัวระบบว่าเป็นกุญแจสำคัญในการเอื้อให้ทุกภาคส่วนสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยมวลรวม ส่วนแผนส่งเสริมสุขภาพระดับชาติที่จัดทำโดย Office of Disease Prevention and Health promotion, U.S. Department of Health and Human Services ที่ชื่อว่า Healthy People 2010 ซึ่งมีผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำอย่างกว้างขวางมองระบบ (โครงสร้าง) เป็นแค่หนึ่งใน 28 ประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญ แผนระดับชาตินี้พัฒนาผ่านการประชุมระดับชาติ 3 ครั้งของ The Healthy People Consortium (ที่มีแนวร่วมของ 350 องค์กรระดับประเทศ และ 250 หน่วยงานสาธารณสุขของมลรัฐ, ผู้เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาสารเสพติด และสิ่งแวดล้อม มารวมตัวกัน) และการรับฟังข้อเสนอการลำดับปัญหาที่สำคัญในการประชุมระดับภาคอีก 5 ครั้ง ในช่วงปี ค.ศ.1998 ถึง 2000

ในรายงานนี้จึงมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของโครงการ Turning Point, การพัฒนาต้นแบบกฎหมายสุขภาพระดับมลรัฐ Turning Point Model State Public Health Act, และแผนพัฒนาสุขภาพของมลรัฐวิสคอนซิน

²² <http://www.publichealthlaw.net/> search on August 2007

²³ <http://www.turningpointprogram.org/> search on August 2007

3.2 บริบท

สหรัฐอเมริกาใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 13% ของ GDP ซึ่งคิดเป็น 1.3 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2000²⁴ และรายจ่ายส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลและ การวิจัยทางชีวการแพทย์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ มีการใช้จ่ายเป็นไปเพื่อการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล มากกว่าการลงทุนที่เน้นเสริมสร้างสุขภาพของทั้งกลุ่มประชากร ตัวอย่างเช่นโครงการ Medicaid ซึ่งให้ความคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเดียวครอบคลุมประชากรเพียง 11.2% ของประชากรทั้งหมด ใช้เงินของรัฐบาลกลางถึง 142 พันล้านดอลลาร์ แต่รัฐบาลกลางให้งบประมาณกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข เพียง 41 พันล้านดอลลาร์ และมีเพียงส่วนน้อยที่ลงทุนด้านโครงสร้างสาธารณสุขให้กับมลรัฐ

การบริหารประเทศของสหรัฐเป็นแบบกระจายอำนาจไปให้มลรัฐ มลรัฐมีหน้าที่รับผิดชอบการสาธารณสุข โดยรัฐบาลกลาง (Federal government) มีหน้าที่ดูแลภาพรวมและใช้อำนาจในการ

1. ตัดสินใจเชิงนโยบาย
2. ออกกฎหมาย
3. ปกป้องคุ้มครองประชาชนผ่านหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์การอาหารและยา และ Center for Medicare & Medicaid (CMS)
4. ให้ทุนอุดหนุนโครงการที่ประชาชนได้รับสิทธิตามกฎหมายเช่น Medicare (คุ้มครองการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ) & Medicaid (คุ้มครองการรักษาพยาบาลของผู้มีรายได้น้อย)
5. เก็บรวบรวมข้อมูลและกระจายข้อมูลข่าวสารผ่านองค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานสถิติสาธารณสุขของ Centers for Disease Control and prevention (CDC)
6. พัฒนาศักยภาพของอุตสาหกรรมภาคโรงพยาบาล หรือการลงทุนด้านสุขภาพระบบอื่นๆ ผ่าน Department of Health and Human Services (DHHS)
7. จัดบริการตรงเช่น Indian Health Services

จากการประเมินของ Institute of Medicine ที่ว่ารัฐบาลกลางมีผลงานหลายเรื่องเช่นการให้ทุนวิจัยเพื่อหาความเชื่อมโยงระหว่างโรคและวิถีชีวิต หรือการควบคุมขยะพิษ และอื่นๆ เป็นต้น แต่ก็มีปัญหาจากวิธีการทำงานเป็นชิ้นเล็ก ๆ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เช่นกรอบกฎหมายและการเงินการคลังที่ยึดฐานจากโรคภัยไข้เจ็บ (Disease based) และกรอบกฎหมายที่ไม่บูรณาการ ทำให้มีโครงการที่ซ้ำซ้อนกันเองภายใต้หน่วยงานระดับรัฐบาลกลาง ดังนั้นความท้าทายจึงอยู่ที่การจัดระบบ และแนวทางนโยบายและยุทธศาสตร์ให้ไปทางเดียวกัน

หน้าที่ด้านการสาธารณสุขของมลรัฐที่ผ่านมาคือจัดบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ซึ่งมีความแตกต่างกันบ้างตามกฎบัญญัติของมลรัฐ บริการสาธารณสุขพื้นฐานรวมถึงการประเมินสถานะสุขภาพของชุมชน การป้องกัน

²⁴ The Future of the Public's health in the 21th Century, Institute of Medicine 2003.

และความคุ้มครอง การอนามัยครอบครัว และการให้การศึกษาด้านสุขภาพ ในบางมลรัฐอาจมีการจัดบริการด้านอาชีวอนามัย บริการสุขภาพที่บ้าน การบริการเชิงรุกก่อนการเจ็บป่วย คลินิกเด็กดี คลินิกแม่และเด็ก บริการห้องแล็บด้านสาธารณสุข ซึ่งเอกชนอาจมีการจัดบริการบางส่วนอยู่แล้วด้วย นอกจากนี้ หน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นอาจเป็นผู้รับผิดชอบในโครงการควบคุมบุหรี่ โครงการป้องกันโรคหัวใจ โครงการป้องกันพิษภัยจากตะกั่ว เป็นต้น

ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา สหรัฐให้ความสนใจไปในทางการขยายหลักประกันสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ความพยายามในช่วงกลางทศวรรษ 1960 เป็นการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ซึ่งประสบความสำเร็จ แต่ความพยายามในช่วงต้นทศวรรษ 1990 ที่พยายามจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมกับการควบคุมค่าใช้จ่าย ประสบความล้มเหลว เนื่องจากเนื่องจากการต่อต้านของแพทยสมาคมของสหรัฐ และบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีอำนาจทางการเมืองอย่างมาก แม้ว่าในปีค.ศ.1994 ประธานาธิบดีคลินตันจะเป็นผู้สนับสนุนให้มีการเสนอข้อเสนอระบบสุขภาพแนวใหม่ต่อรัฐสภา แต่ไม่ผ่านในขั้นของกรรมาธิการ และไม่ได้มีการดำเนินการต่อแต่อย่างใด เนื่องจากประเมินแล้วว่าอาจไม่ได้รับเสียงสนับสนุนที่เพียงพอจากรัฐสภา²⁵

ต่อมาในปี ค.ศ.1997 มีการรวมตัวกันของนักวิชาการและผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐจำนวนหนึ่ง จัดตั้งโครงการชื่อ “Turning Point Initiative” มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูประบบในระดับมลรัฐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูป และพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศสหรัฐฯให้เข้มแข็งด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการสร้างความร่วมมือ โดยมุ่งประเด็นไปที่การปรับปรุงระบบต่างๆที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการเข้ามาร่วมมือรับผิดชอบและปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังมี แผนระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื่อง “Healthy People 2010” ที่จัดทำโดย Office of Health Prevention and Health Promotion ด้วยกระบวนการของ the Healthy People Consortium ที่มีวัตถุประสงค์หลักคือเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ ได้เน้นความร่วมมือ และมองระบบ เป็นส่วนหนึ่ง ใน 28 ประเด็นที่สำคัญ ระบบที่กล่าวถึงเช่น ระบบข้อมูล กำลังคน ความสัมพันธ์ขององค์กร ทรัพยากร และวิจัย

3.3 นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

3.3.1 วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกา²⁶

ตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง (พ.ศ. 2458) นักปฏิรูปหัวก้าวหน้าเคยเสนอการประกันสุขภาพภาคบังคับให้สำหรับคนงานเพื่อแก้ปัญหาการขาดรายได้และขาดค่ารักษาพยาบาล โดยยึดแบบมาจากประเทศ

²⁵ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์ (2544) ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี ISBN 974-294-108-4

²⁶ Hoffman, B. Health care Reform and Social Movements in the United States. American Journal of Public Health 2003; Vol 93, No.1

เยอรมันแต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะสหพันธ์ผู้ใช้แรงงาน เพราะไม่มีการปรึกษากันมาก่อน นอกจากนี้นักกลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่ถูกลอบบีอย่างหนักก็ไม่เห็นด้วย และต่อต้าน เพราะกลัวว่าจะสูญเสียรายได้และขาดความเป็นอิสระ

แม้ว่าแนวคิดจะได้รับการยอมรับจากกลุ่มผู้ใช้แรงงานบางกลุ่ม ในบางมลรัฐ และได้รับคะแนนเสียงส่วนใหญ่จากวุฒิสภาของรัฐนิวยอร์กแต่ร่างกฎหมายก็ตกไปในปีที่สุด เพราะมีแรงต่อต้านสูงจาก แพทย์ ธุรกิจ บริษัทประกันเอกชน ที่ล้วนต่อต้านเป็นเสียงเดียวกัน แถมยังถูกนักกฎหมายฝ่ายอนุรักษ์นิยมตีตราการประกันสุขภาพว่าเป็น “Bolshevism”

ในปี พ.ศ.2471 เศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาเริ่มตกต่ำ มีผลพวงเกี่ยวเนื่องกับการล่มของตลาดหลักทรัพย์ ประชาชนเดือดร้อนไปทั่ว ประชากรหลายกลุ่มรวมทั้งเกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน คนว่างงาน ทหารผ่านศึก ผู้สูงอายุ ผู้ชกไขว่สังคมนิยม ผู้ชกไขว่ลัทธิคอมมิวนิสต์ ต่างรวมตัวกันเดินขบวนเรียกร้องการบรรเทาทุกข์และความเป็นธรรม (Relief and Justice) ต้องการให้สร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้กับคนงานและผู้สูงอายุ แม้ปัญหาการตกงานเป็นเรื่องใหญ่กว่าปัญหาการรักษาพยาบาล แต่ก็เปิดโอกาสครั้งสำคัญของนักปฏิรูประบบสุขภาพอีกครั้งที่เข้าไปเสนอร่างข้อเสนอด้านการประกันสุขภาพ ให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งในร่างกฎหมายประกันสังคม ในยุค New Deal นโยบายปฏิรูปสังคมและแก้ปัญหาเศรษฐกิจของประธานาธิบดี Franklin D. Roosevelt พรรค Democratic แต่ไม่สำเร็จ คณะกรรมการที่พิจารณา เสนอให้รัฐบาลกลางสนับสนุนให้มลรัฐเป็นผู้จัดระบบประกันสุขภาพแทนที่การจัดระบบระดับชาติ

ในที่สุดกฎหมายประกันสังคม ในปี พ.ศ.2478 ไม่ครอบคลุมเรื่องสุขภาพ ความพยายามอีกครั้งที่จะเสนอ National Medical Insurance Program เกิดขึ้นร่วมไปในการหาเสียงเลือกตั้งในยุคของ Truman (พ.ศ. 2486) แต่ไม่สามารถผ่านกฎหมายได้ เนื่องจากไม่ได้พยายามผลักดันการขับเคลื่อนจากรากหญ้า และคนงานระดับล่าง จึงมีลักษณะเป็นข้อเสนอจาก “Union bosses- สหพันธ์นายจ้าง” มากกว่าสหพันธ์ของผู้ใช้แรงงานทั่วไป และถูกต่อต้านจากกลุ่มองค์กรแพทย์ที่ใช้เงินกว่า 1 ล้าน USD เพื่อรณรงค์ต่อต้านการปฏิรูประบบสุขภาพผ่านสื่อโฆษณา ทวีต วิทยู โทรเลข และจดหมาย “จากแพทย์ถึงคนไข้” ไปถึงระดับรากหญ้า ทำให้ร่างกฎหมายตกไปในปีที่สุด

ภายหลังการประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานกลายเป็นข้อตกลงในระดับนายจ้างผ่านบริษัทประกันเอกชน แรงผลักดันเพื่อให้เกิดระบบในระดับประเทศจึงแผ่วไป จนหลังสงครามโลกครั้งที่สอง แนวคิดเรื่องการประกันสุขภาพผู้สูงอายุในระบบประกันสังคม ได้รับการสนับสนุนในยุคของประธานาธิบดี John F. Kennedy and Lyndon Johnson ใน “Great Society” program ซึ่งเป็นในยุคที่ สิทธิของประชาชนเพื่อพล (civil rights) การขับเคลื่อนของภาคประชาชนทำให้นักการเมืองสนับสนุน Medicare กลุ่มสนับสนุนสิทธิพลเมืองทั้งหลาย (Civil rights groups) ลงนามสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ จึงเกิด การประกันสุขภาพผู้สูงอายุ (Medicare) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 สำหรับผู้ที่เคยอยู่ในภาคการจ้างงาน ในระบบประกันสังคม รวมทั้งคู่สมรส และผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ โดยมีแหล่งการคลังมาจากการเก็บเงินเบี้ยประกันและเงินสะสมในขณะทำงาน

ในครั้งนั้นสภาประชาชนผู้สูงอายุ (National Council of Senior Citizens) ที่รวมตัวจากสมาชิกสหพันธ์แรงงานผู้เกษียณอายุ ออกโรงรณรงค์สนับสนุน Medicare และเขียนจดหมายรณรงค์ เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการเคลื่อนไหวทางการเมืองจากภาคประชาชนรากหญ้า “The sense of a grassroots political

movement” ผู้เกษียณอายุแจกจ่ายเอกสารว่าล้านฉบับ เพื่อจะขัดขวางการปลุกระดมของ American Medical Association (AMA) และฝ่ายต่อต้านอื่นๆ มีราษฎรอาวุโสกว่า 14,000 คนออกมาเดินขบวนในเหตุการณ์ “1964 Democratic Convention in Atlantic City” ทำให้ประชาชนชาวอเมริกันต่างเห็นใจผู้สูงอายุ จน AMA และฝ่ายต่อต้านอื่นๆ มีความยากลำบากในการต่อสู้ในครั้งนั้น

กฎหมายประกันสังคมฉบับเดียวกัน ส่งเสริมแบบสมัครใจ ให้มลรัฐ จัดการประกันสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้พิการ (Medicaid)²⁷ โดยรัฐบาลกลางอุดหนุนเงินประมาณ 50% ขึ้นกับระดับความจนของแต่ละมลรัฐ ส่วนที่เหลือได้รับการอุดหนุนจากงบประมาณของมลรัฐ การจัดการโปรแกรม Medicaid ในแต่ละมลรัฐแตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ แต่มีแนวทางกำกับจากรัฐบาลกลางเพื่อใช้ในการจ่ายเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ช่วงแรกการบริหารการจ่ายเงินตามจำนวนและชนิดบริการ แต่หลายมลรัฐได้พัฒนามาเป็น managed care โดยเฉพาะสำหรับคนจนและ เด็ก ที่ให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับบริษัทประกันเอกชน แล้วมลรัฐจ่ายเบี้ยประกันเป็นอัตราคงที่รายเดือน

แต่ถึงกระนั้น ก็ยังมีผู้ที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก จึงความพยายามเรื่อยมา ความพยายามครั้งใหม่ เกิดขึ้นในช่วงของประธานาธิบดี Bill Clinton ที่สนับสนุนให้มีการเสนอขอเสนอระบบสุขภาพแนวใหม่ต่อรัฐสภา แต่ไม่ผ่านในชั้นของกรรมาธิการ และไม่ได้มีการดำเนินการต่อแต่อย่างใด เนื่องจากประเมิณแล้วว่าอาจไม่ได้รับเสียงสนับสนุนที่เพียงพอจากรัฐสภา เพราะเป็นการร่างรายละเอียดเสร็จแล้วค่อยไปขอเสียงสนับสนุน จึงไม่ได้รับการสนับสนุนจากรากหญ้า อีกทั้งรายละเอียดในแผนปฏิรูปไปสนับสนุน “health alliances” ที่เอื้อประโยชน์ปกป้องทั้งนายจ้างและอุตสาหกรรมธุรกิจประกันภัย ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรากหญ้า ในขณะที่เดียวกันมีแผนที่นักปฏิรูปอื่นๆ เสนอขึ้นมา เช่นการจัดระบบ Single payer ใช้เงินจากภาษีแทน ทำให้เสียงสนับสนุนไม่เห็นพ้องเป็นเสียงเดียวกัน ประกอบกับรายละเอียดใน Clinton proposal มีถึง 1,342 หน้า มีรายละเอียด ซับซ้อนและสับสนเกินกว่าที่จะจุดประกายความนิยมให้กับการขับเคลื่อนภาคประชาชน นักเคลื่อนไหวส่วนใหญ่จึงไม่สามารถรณรงค์สนับสนุนข้อเสนอในครั้งนี้ได้ ทำให้คลินตันถอดร่างกฎหมายฉบับนี้ไปในที่สุด

แนวทางในระยะหลัง จึงมีการเคลื่อนไหวการปฏิรูปในระดับมลรัฐที่สามารถทำให้คนรากหญ้าร่วมทำงานด้วยกันมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสำเร็จ เช่นในรัฐ Maine เป็นต้น การปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขเริ่มเป็นประเด็นในการพัฒนาในระดับมลรัฐ เพราะสามารถสร้างความร่วมมือที่เป็นจริงได้

ในปี พ.ศ.2550 ประเด็นข้อเสนอในการหาเสียงเพื่อเลือกประธานาธิบดีสหรัฐในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ยังคงเป็นเรื่องประกันสุขภาพ เนื่องจาก 15.3% ของประชากรยังไม่มีประกันสุขภาพ รายละเอียดของนโยบายมีความแตกต่างกันในแต่ละพรรค

Hillary Clinton พรรค Democrat เสนอนโยบายเพื่อให้ทุกคนสามารถจ่ายประกันสุขภาพได้ ด้วยกลไกทางการเงินการคลังคือลดหย่อนภาษี และสร้างทางเลือกการประกันใหม่ที่ตั้งโดยภาครัฐที่คล้าย Medicare โดย

²⁷ <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>

รัฐอุดหนุนเบี้ยประกันในส่วนที่เกินสัดส่วนเพดานที่กำหนดต่อรายได้ คาดว่าจะใช้เงินในแผนนี้ 110 พันล้าน USD ²⁸ พยายามทำให้ทุกคนที่มี และไม่มีประกันมาก่อน รู้สึกได้ว่าจะได้ประโยชน์กันถ้วนหน้า และพยายามเพิ่มคุณภาพของบริการ ²⁹ ในขณะที่ผู้แข่งขันจากพรรค Democratic คนอื่นๆ เช่น John Edwards and Barack Obama มีแผนขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพแบบหลายระบบเช่นกัน ส่วน Dennis Kucinich สนับสนุน a single-payer system ในขณะที่ พรรค Republican สัญญาว่าจะขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพ โดยกลไกของตลาด เพิ่มการแข่งขันของระบบประกันสุขภาพเอกชน เพื่อลดอัตราเบี้ยประกันที่ประชาชนต้องจ่าย และคืนภาษี \$7,500 ต่อคน และ \$15,000 ต่อครอบครัว เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปจ่ายเบี้ยประกันได้ ³⁰

3.3.2 การริเริ่มเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ “Turning Point Initiative”

ในปี ค.ศ.1997 มูลนิธิ Robert Wood Johnson Foundation และมูลนิธิ W.K. Kellogg Foundation ได้ริเริ่มจัดตั้งโครงการจุดเปลี่ยน “Turning Point” มีสำนักงานตั้งอยู่ที่มหาวิทยาลัยวอชิงตัน (School of Public Health & Community) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูป และพัฒนาระบบสาธารณสุข ในประเทศสหรัฐฯ ให้เข้มแข็ง (transform and strengthen the public health system) ด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการสร้างความร่วมมือ (community-based and collaborative)

แนวคิดของโครงการจุดเปลี่ยน “Turning Point” เกิดจากการให้ความสำคัญของมูลนิธิต่อศักยภาพของระบบสาธารณสุขในการรับมือกับสิ่งที่ท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ในระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะศักยภาพของระบบในการทำงานร่วมกับประชาชนจากหลายภาคส่วนในการเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนในชุมชน

รากฐานแนวคิดของโครงการจุดเปลี่ยน Turning Point มาจากสามัญสำนึกที่ว่าทุกคนมีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสาธารณสุข (everyone has a stake in public health) ปรัชญาของโครงการคือ หน่วยงานด้านสาธารณสุขและภาคีจะมีความเข้มแข็งได้ก็ต่อเมื่อมีการเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น ที่รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพ ภาคเอกชน ภาคการศึกษา ภาคตุลาการ ภาคการศาสนา ภาคธุรกิจ และอื่นๆ ทั้งนี้เพราะสาเหตุของปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับประเด็นทางด้านสังคม ที่ซับซ้อนเกินกว่ามาตรการที่ใช้จัดการกับโรคภัย (disease models of intervention) จะแก้ปัญหาได้

โครงการ Turning Point ได้สร้างเครือข่ายหนึ่งที่ประกอบด้วย ตัวแทนจาก 23 มลรัฐจากทั่วประเทศ ร่วมกับการสร้างกลุ่มความร่วมมือระดับชาติ 5 กลุ่ม

เครือข่าย (Network) มีหน้าที่

²⁸ Katherine Burger. 2008 Presidential Election Promises Change for Health Insurance Industry. FinanceTech.

<http://www.financetech.com/featured/showArticle.jhtml?articleID=202805135>

²⁹ New York Times Newspaper, Unveiling Health Care 2.0, Again. 16 September 2007,

<http://www.nytimes.com/2007/09/16/weekinreview/16toner.html?ref=views>

³⁰ New York Times <http://politics.nytimes.com/election-guide/2008/issues/healthcare/index.html>

- กำหนดปัญหา ประเมินสุขภาพ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และร่วมปฏิบัติกิจกรรม
- ให้ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง
- พัฒนาบริการด้านชีวอนามัย (environmental health services) เพื่ออากาศและน้ำสะอาด และอาหารปลอดภัย
- เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน
- เสริมสร้างสถานะสุขภาพของชนกลุ่มน้อย

ภาคีภาคท้องถิ่น มีหน้าที่

- เก็บข้อมูลเพื่อบอกสถานะสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ ระบุปัญหาที่สำคัญที่อยู่ในความสนใจของชุมชน
- รวบรวมทรัพยากรจากแหล่งต่างๆในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดทำแผนกิจกรรมตามการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- จัดทำฉันทมติเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในระดับท้องถิ่น ตามนิยามใหม่ของสุขภาพ
- สื่อสารความต้องการของท้องถิ่น ปัญหาที่สำคัญ และวิธีการจัดลำดับความสำคัญ ให้กับตัวแทนภาคการเมือง และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ช่วยพัฒนานโยบายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพแก้ปัญหาได้ตรงจุด (Effective health policy)

ภาคระดับมลรัฐ มีหน้าที่

- กำหนดนโยบายสาธารณะที่ดีด้านสุขภาพ (Good public health policy)
- ขยายเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ให้ชุมชนในท้องถิ่นสามารถใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นได้
- กระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพร่วม ที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในนิยามใหม่

กลุ่มความร่วมมือระดับชาติ 5 คณะ มีหน้าที่ทำงานเพื่อปฏิรูประบบในด้าน

- การปรับปรุงกฎ ระเบียบ ด้านสาธารณสุขให้ทันสมัย
- การสร้างระบบที่สามารถตรวจสอบได้เพื่อวัดผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำหนดสถานะปัญหาสุขภาพ และบอกสถานะด้านทรัพยากร
- การลงทุนในด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพด้วยการตลาดเพื่อสังคม (social marketing)
- การพัฒนาผู้นำในการสร้างความร่วมมือ

แนวคิดที่สำคัญ คือ การร่วมแรงร่วมใจ (collaborative practice) ซึ่งรวมถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกัน, การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน, การปรับนโยบายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ทำร่วมกัน, และการให้เสียงของชุมชนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจที่มีผลต่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากร ซึ่งแต่ละชุมชนได้แปลงแนวคิด “การร่วมแรงร่วมใจ” ไปสู่การปฏิบัติในรูปแบบที่แตกต่างกัน

Turning Point เชื่อว่าการจะทำให้สุขภาพดีขึ้นนั้น นอกเหนือจากการมีข้อมูลทางวิชาการที่เที่ยงตรงที่สามารถบอกความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับสุขภาพแล้ว การให้คำมั่นสัญญาของคนในชุมชนนั้นๆที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชนของเขา เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น Turning Point จึงมุ่งประเด็นไปที่การปรับปรุงระบบต่างๆที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการเข้ามาร่วมรับผิดชอบและปฏิบัติ สำคัญที่สุดที่ระดับท้องถิ่น และรองลงมาที่ระดับมลรัฐและระดับชาติ Turning Point สนับสนุนวิธีการทำงานแบบกว้างเพื่อพัฒนาสุขภาพ โดยกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเขา มากกว่าที่จะเฉพาะเจาะจงไปที่ยุทธศาสตร์โดยยุทธศาสตร์หนึ่ง

ในระดับชุมชน การประเมินผลอาจจะวัดที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่เป็นตัวชี้วัดในระยะยาว ตัวชี้วัดในระยะปานกลางจึงอาจจะดูที่การเพิ่มทุนทางสังคม (Social capital) ซึ่งมีการวัดได้หลายวิธี วิธีหนึ่งคือการวัดจำนวนผู้มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ทางสังคม (Social events) และกิจกรรมทางสังคม (Social activities) ของชุมชน นอกจากนี้ Turning Point ยังได้พยายามติดตามการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับมลรัฐ

บทเรียนของโครงการ Turning Point ในมุมมองระดับประเทศ ชี้ว่า การสาธารณสุขในประเทศสหรัฐฯ สามารถพัฒนาให้เข้มแข็งโดยการมุ่งไปที่กิจกรรม 6 ด้าน คือ

- ขยายขอบเขตของการสาธารณสุข (Public health practice) ให้ครอบคลุมประเด็นปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และประเด็นคุณภาพชีวิตอื่นๆ
- สร้างโครงสร้างด้านองค์กรที่ยั่งยืน ที่ไม่ได้มีรัฐเป็นเจ้าของแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่สนับสนุนการทำงาน และการตัดสินใจร่วมกันหลายฝ่าย (Collaborative decision-making and action)
- สร้างศักยภาพของท้องถิ่นและชนเผ่าให้เข้มแข็ง โดยการสนับสนุนจากรัฐในการประเมินกำกับ และรายงาน ข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชน และข้อมูลมาตรการด้านสร้างสุขภาพ (Well-being measures)
- ปรับกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพ และบริบทของนโยบาย เพื่อให้ส่งเสริมความร่วมมือในการสาธารณสุข และเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันหลายฝ่าย
- ส่งเสริมให้มีสาธารณสุขชนมีความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมทำงานด้านสาธารณสุข
- พัฒนากำลังคนสำหรับระบบสาธารณสุขในนิยามใหม่

อย่างไรก็ตาม บทเรียนที่ภาคีต่างๆค้นพบก็คือ ความร่วมมือ ไม่ได้ทำให้ใครสูญเสียอำนาจ หรือสูญเสีย การเข้าถึงทรัพยากร แต่กลับทำให้ ภาคีสามารถเพิ่มศักยภาพในการคุ้มครองและพัฒนาสุขภาพ เนื่องจากมี บทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่ต้องทำร่วมกัน ที่ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม

ปรัชญาของความร่วมมือ ได้ขยายกรอบนโยบายที่เดิมมีขอบเขตอยู่ในการจัดบริการโดยรัฐ โดยเพิ่ม การสนับสนุนเชิงนโยบายให้มีการพัฒนาศักยภาพใน การใช้กระบวนการเป็นตัวนำ ซึ่งใช้ทรัพยากรร่วมกันของ กลุ่มต่างๆที่เข้ามามีส่วนร่วม ด้วยเหตุนี้ Turning Point นิยามนโยบายว่า หมายถึง นโยบายสาธารณะ รวมทั้ง กระบวนการพัฒนานโยบายขององค์กรและระหว่างองค์กรที่เอื้อต่อการ 1) ใช้ทรัพยากรมนุษย์ร่วมกันระหว่าง องค์กร 2) ใช้แหล่ง ข้อมูลข่าวสาร และแหล่งการเงิน ข้ามระหว่างองค์กร 3) สื่อสารให้ภาคีใหม่เข้ามามีส่วนใน การตัดสินใจ และปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน และ 4) ประเมินผลการทำงานของจัดการความร่วมมือแบบใหม่ เพื่อให้แน่ใจว่าจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิผลของมาตรการด้านสาธารณสุข (population-based interventions)

งานทำงานของกลุ่มความร่วมมือ 5 กลุ่ม เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนการพัฒนานโยบายในแนวคิด ใหม่ โดยเริ่มแรกเป็นการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายท้องถิ่นและกฎหมายมลรัฐ เพื่อพัฒนาศักยภาพร่วมที่เปิดให้ภาคส่วนอื่นที่สนใจเข้ามาใช้ได้ ต่อมา การทำงานได้ขยายขอบเขตไปสู่ โครงสร้างสาธารณสุขระดับชาติ โดยการเพิ่มความเชื่อมโยง และศักยภาพที่มีอยู่แล้วของรัฐบาลในระดับชาติ มลรัฐ และท้องถิ่น นอกจากนี้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศได้แสดงให้เห็นว่าสุขภาพและคุณภาพชีวิต ที่แย่ มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ การทำงาน และนั่นหนทางการในชุมชนนั้นๆ และทรัพยากรของชุมชนที่ใช้ แก้ปัญหาสามารถนำมาใช้ร่วมกันทั่วประเทศได้ โดยทำให้พร้อมใช้งาน และให้ผู้รับผิดชอบหรือผู้สนใจเข้าถึงได้ เพื่อจุดมุ่งหมายในการปกป้องคุ้มครองและพัฒนา ทั้งสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของประชาชน

อย่างไรก็ดี มีผู้วิจารณ์ เป็น 2 ทางคือ ทางหนึ่งเห็นว่าความร่วมมืออาจเป็นอันตรายได้ อันตรายอันเกิด จากการโอนอำนาจ หน้าที่ ความรับผิดชอบและทรัพยากรของรัฐไปให้ภาคเอกชน ส่วนอีกความเห็นหนึ่งเห็นว่า ความร่วมมือกันของหลายภาคส่วนในสังคมเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพหนึ่งเดียว ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ของระบบสุขภาพ ที่เผชิญหน้ากับปัญหาสุขภาพที่มีปัจจัยหลากหลายและซับซ้อน

สำนักงานโครงการ Turning Point ได้ปิดตัวลงแล้วตั้งแต่ปี 2006 และได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่องในหลายมลรัฐและหลายท้องถิ่น แต่ก็ประสบปัญหาในหลายที่เช่นกัน บทเรียนต่างๆได้ถูกตีพิมพ์ไว้ มากมาย จากการอ่านเอกสารที่นำมาตีพิมพ์บางส่วน บรรณาธิการของวารสาร Journal of Public Health Management and Practice พบว่า Turning Point มีจุดเด่น 3 ประการคือ 1) ทำให้เกิดนวัตกรรมมากมายใน การร่วมมือเพื่อสุขภาพของสาธารณะชน, 2) ทำให้เกิดการเพิ่มศักยภาพในการพัฒนานโยบาย, และ 3) ทำให้ เกิดโครงสร้างใหม่ๆเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนมวลรวม

ในตอนถัดไปจะขอยกตัวอย่างการทำงานของ กลุ่มความร่วมมือระดับชาติ ที่ทำงานเพื่อปฏิรูประบบใน ด้านการปรับปรุงกฎ ระเบียบ ด้านสาธารณสุขให้ทันสมัย

3.3.3 กรณีศึกษาการกระบวนการปฏิรูปการปรับปรุงกฎหมายสุขภาพ

ในเดือน เมษายน ค.ศ. 2000 โครงการ Turning Point จัดตั้งคณะความร่วมมือระดับชาติด้านการปรับปรุงกฎหมายสุขภาพ (the Public Health Statute Modernization Collaborative) มาจากตัวแทนประมาณ 27 คน จาก 5 มลรัฐ และ 9 หน่วยงานระดับชาติเช่น หน่วยบริหารด้านบริการสุขภาพ, หน่วยควบคุมและป้องกันโรค, หน่วยงานของรัฐ, และสมาคมวิชาชีพด้านสาธารณสุข เป็นต้น และมีผู้ให้คำปรึกษา (Advisors) ที่เป็นนักวิชาการสหสาขา จำนวน 6 ท่าน และมีนักวิจัยที่ปรึกษา (Consultants) อีก 3 ท่าน ทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนา ตัวอย่างกฎหมายสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับมลรัฐ และรับฟังความเห็นจากสาธารณะ

คณะความร่วมมือปรับปรุงกฎหมายสุขภาพ ร่วมกับ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านจริยธรรม ใช้เวลา 3 ปี ในการพัฒนาเอกสารต้นแบบกฎหมายสุขภาพระดับมลรัฐ “The Turning Point Model State Public Health Act” เสร็จสมบูรณ์ และเผยแพร่สู่สาธารณะ ในเดือน กันยายน ค.ศ. 2003

การพัฒนาด้านแบบกฎหมาย “The Turning Point Model State Public Health Act” มีวัตถุประสงค์

- เพื่อเป็นเครื่องมือของภาครัฐ ราชการส่วนกลาง รัฐบาลท้องถิ่น ในการประเมินกฎหมายด้านสุขภาพของตนเอง โดยเทียบกฎหมายที่หน่วยงานตนเองรับผิดชอบกับเอกสารนี้และกำหนดสิ่งที่เห็นว่าควรเปลี่ยนแปลง
- ไม่ได้ต้องการเปลี่ยนระบบทีเดียวทั้งประเทศ เนื่องจากมลรัฐมีอำนาจที่จะกำหนดกฎหมายได้เอง แต่ให้ใช้เป็นรูปแบบสำหรับประเมินกฎหมายที่มลรัฐใช้อยู่
- ให้กระบวนการปรับปรุงกฎหมายเน้นการสร้าง หุ้นส่วน ความร่วมมือ และความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในระดับการสร้างต้นแบบ และในระดับการปรับปรุงกฎหมายของมลรัฐ

สรุปสาระตามประเด็นกฎหมายได้ดังนี้

- โครงสร้างด้านสาธารณสุข กล่าวถึง ความจำเป็นในการพัฒนาโครงสร้างของระบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐ ระดับท้องถิ่น และระดับชนเผ่า เพื่อจัดให้มีการทำงาน และบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็น, เพื่อดำรงกำลังพลด้านสาธารณสุขอย่างพอเพียง, เพื่อสร้างมาตรฐานการบริหารจัดการ, และเพื่อพัฒนาแผนสาธารณสุขที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในนิยามใหม่ในระดับมลรัฐและท้องถิ่น
- ความร่วมมือและความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐ กับภาคีต่างๆในระบบสุขภาพ และปฏิบัติกับภาคีต่างๆ และให้อำนาจกลไกต่างๆกระตุ้นให้เกิดการแบ่งปันข้อมูล ความร่วมมือ และการประสานงานระหว่างภาคีต่างๆ
- ความรับผิดชอบและอำนาจของหน่วยงานสาธารณสุข บทนี้ได้ให้ต้นแบบของคำที่ใช้ในการกล่าวถึงอำนาจหลักและความรับผิดชอบ ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นและระดับ

มลรัฐ ที่รวมถึง สิ่งที่ต้องรายงาน, การสืบสวนโรค, การกักบริเวณ, การแยกผู้ป่วย, การฉีดวัคซีน, และ การออกใบอนุญาตอยู่บนหลักการของสมดุลระหว่างประโยชน์ต่อสาธารณะและการเคารพความเป็นส่วนตัวของบุคคล

- สถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข บทนี้ใช้บางส่วนประกอบของต้นแบบเรื่อง “Model State Emergency Health Powers Act” ที่ร่างโดย Center for Law and the Public’s Health ที่เมือง Georgetown และ มหาวิทยาลัย John Hopkins หลังจากเหตุการณ์ 11 กันยายน ค.ศ.2001 และ การปรากฏตัวของสารแอนแทรกซ์
- การเก็บข้อมูลด้านสาธารณสุขที่เป็นความลับส่วนบุคคล ในบทนี้ใช้ต้นแบบเรื่อง “Model State Public Health Privacy Act of 1999” ซึ่งได้กำหนดมาตรฐานในการเรียกเก็บข้อมูล การใช้ การเปิดเผย และการเก็บรักษาข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล ของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับมลรัฐ และท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับ กฎการรักษาข้อมูลความเป็นส่วนตัว ของ Department of Health and Human Services ที่ออกไปแล้ว

ผลงานของคณะกรรมการร่วมมือชุดนี้มีการนำไปใช้ ยกตัวอย่างเช่นที่รัฐนิวแม็กซิโก (ไม่ได้อยู่ใน 23 มลรัฐที่อยู่ในโครงการ Turning Point) ในเดือน มกราคม ค.ศ.2004 Department of Health and Human Services ของมลรัฐนิวแม็กซิโกร่วมด้วย the University of New Mexico Institute of Public Law และภาคีต่างๆ เสนอข้อเสนอแนะต่อ คณะกรรมาธิการด้านสาธารณสุข เพื่อออกกฎหมาย “Public Health Code” in the Public Health Act โดยขอให้คณะกรรมการด้านสาธารณสุข รับรองข้อเสนอที่ให้อำนาจที่ปรึกษา (Consultant) เพื่อ ศึกษา the Model State Public Health Act เปรียบเทียบกับ the New Mexico Public Health Act และ กฎ ระเบียบอื่นที่เกี่ยวข้อง ของรัฐนิวแม็กซิโก และ ให้คณะที่ปรึกษา (Consultant) จัดทำข้อเสนอแนะ ต่อ กรรมาธิการสามัญสาธารณสุขภายใน 10 เดือน เพื่อออกกฎหมายแนวทางปฏิบัติของรัฐด้านการสาธารณสุข และ จัดทำข้อเสนอแก้ไขเพิ่มเติมใน พรบ.การสาธารณสุขของรัฐนิวแม็กซิโกด้วย (Public Health Act) จากการเห็นชอบของคณะกรรมการด้านสาธารณสุข มีผลให้ Department of Health and Human Services ต้อง พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ เพื่อจัดให้มีการทำงานร่วมกันกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อดำเนินการ ประเมินกฎ ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง กับบทบาทความรับผิดชอบของ หน่วยงานสุขภาพ และ ผู้ให้บริการสุขภาพ บน พื้นฐานของข้อมูลทางสถิติและบรรทัดฐาน (benchmarks)

ความก้าวหน้าของการปฏิรูปกฎหมายสุขภาพ ตั้งแต่ มกราคม ค.ศ. 2003 จนถึง สิงหาคม ค.ศ.2007 พบว่ามีถึง 133 ร่างกฎหมาย (Bill) ใน 33 มลรัฐ ที่มีเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในกฎหมายต้นแบบ และ ในจำนวนนั้นมี 48 ร่างที่ผ่านเป็นกฎหมายแล้ว

3.3.4 กรณีศึกษาการจัดทำแผนแนวนโยบายเพื่อสุขภาพของรัฐวิสคอนซิน

หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐวิสคอนซิน ร่วมทำงานกับโครงการ Turning Point ตั้งแต่เริ่มแรก เนื่องจากมีความคิดสอดคล้องกัน ในการความสำคัญกับระบบสาธารณสุขและการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทีมงาน Wisconsin Turning Point ให้ความสำคัญกับระบบสาธารณสุขมากกว่ากับระบบการรักษาพยาบาล แต่การทำงานที่ผ่านมา ผู้นำทางนโยบายมองว่า สาธารณสุข (Public Health) เป็นโครงการ (Program) มากกว่าเป็นระบบ

ทีมงาน Wisconsin Turning Point มองว่าการปฏิรูปมีความจำเป็นเพื่อให้เกิดการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ การประกันคุณภาพ และการสร้างความร่วมมือ มาพัฒนาสุขภาพของประชาชนโดยมวลรวม โดยการทำงานนี้ได้จัดวางกระบวนการให้นโยบาย ข้อมูล ภาควิชา และการวัดผลไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข โดยทั้งหมดมุ่งเน้นไปที่กระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ดังประโยคที่ว่า “The Turning Point Initiative is Wisconsin’s statewide policy process for change”

The Healthiest Wisconsin 2010: A Partnership Plan to Improve the health of the Public เป็นแผนสุขภาพระดับมลรัฐของวิสคอนซิน ที่มีคนจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันจัดทำ ใช้เวลาประมาณ 2 ปี เพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันใน 10 ปีข้างหน้าเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของทุกคน

ในแผนนี้มีการระบุคำจำกัดความ ของคำว่า “การสาธารณสุข- Public health” และกำหนดบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และ จัดลำดับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 11 เรื่องและระบบที่สำคัญ 5 ระบบเพื่อการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขในอีก 10 ปีข้างหน้า

ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วย 8 ส่วน คือ

- 1) หลักการและเหตุผลในการปฏิรูป
- 2) กรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งจะมี คำจำกัดความของระบบสาธารณสุข การให้นิยามภาคีของระบบสาธารณสุข ระบุหน้าที่ของระบบสาธารณสุข และ 12 บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับหน้าที่ของระบบสาธารณสุข
- 3) วิสัยทัศน์ และ พันธกิจ เป้าหมายของระบบสุขภาพ
- 4) หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน (Core principles and Values)
- 5) ระบบ(โครงสร้าง)ที่สำคัญ 5ระบบ
- 6) ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ 11 เรื่อง
- 7) วิธีการจัดลำดับสำคัญของปัญหา
- 8) ประเด็นเฉพาะอื่นๆ เช่นเรื่องประเด็นพันธุกรรมในอนาคต และ Bioterrorism เป็นต้น

ประเด็นสำคัญ ที่สามารถนำมาเป็นกรอบในการพิจารณาในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพของไทยได้ (ดังตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 สรุปประเด็นจากบทเรียนการทำกรอบนโยบายสุขภาพ ของมลรัฐวิสคอนซิน ประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเด็น	รายละเอียด
ชื่อเอกสาร	Healthiest Wisconsin 2010: A Partnership Plan to Improve the health of the Public
ประเภทเอกสาร	State health plan จัดขึ้นตามกฎหมายของรัฐวิสคอนซิน (Wisconsin statutes) ที่ให้จัดทำแผนสุขภาพของมลรัฐทุก ๆ 10 ปี
จัดทำโดย	the Turning Point Transformation team มีสมาชิก 53 คนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ใช้เวลา 2 ปี ตั้งแต่ ตุลาคม ค.ศ.1998
1.วัตถุประสงค์/ความมุ่งหมายของเอกสาร	เพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันใน 10 ปีข้างหน้าเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของทุกคนโดยให้คำจำกัดความ “การสาธารณสุข- Public health”, บริการสาธารณสุขที่จำเป็น และ จัดลำดับปัญหาสุขภาพและระบบที่สำคัญ 5 ระบบเพื่อการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขในอีก 10 ปีข้างหน้า
2.ระดับของนโยบาย	ระดับมลรัฐ
3.การให้คุณค่าและความหมาย	1. ถ้าทุกคนทำงานร่วมกันเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ, ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, และความคุ้มครองด้านสิ่งแวดล้อม จะทำให้ระบบสาธารณสุขสามารถสร้างเสริมให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน 2. ระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งจะสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลดูแลสุขภาพได้เต็มศักยภาพ 3. “สุขภาพดี – Good health” เป็นผลมาจากการทำงานประสานกันอย่างดีของแรงผลักดันทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ขวัญ (Spiritual) วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม 4. การร่วมมือเป็นหัวใจของความสำเร็จ 5. รัฐบาลมีหน้าที่ในการเป็นผู้นำและจัดการให้เอื้อไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ทุกฝ่ายร่วมกันสร้างขึ้น ในขณะที่หน่วยงานของรัฐไม่สามารถทำคนเดียวเพื่อให้บรรลุความสำเร็จได้ จึงต้องทำหน้าที่ จัดให้กลุ่มหรือบุคคลที่เหมาะสมมาทำงานร่วมกันเพื่อถกประเด็นด้านสาธารณสุข 6. ระบบสาธารณสุขจะต้องจัดให้ทุกคนมีสิทธิมีเสียง เพื่อให้เกียรติกับมุมมองที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ประเด็น	รายละเอียด
4. ความหมายของระบบสุขภาพในธรรมนูญ	การสาธารณสุข –Public health หมายถึงระบบ ซึ่งเป็นกิจการทางสังคม (Social enterprise) ที่พุ่งเป้าไปที่ประชาชนมวลรวม ระบบนี้มีหน้าที่ 1. ป้องกันการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการแพร่กระจายของโรค 2. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและปกป้องภัยอันตรายจากสภาพแวดล้อม 3. ส่งเสริมและสร้างพันธะสัญญาต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและส่งเสริมสุขภาพจิต 4. ตอบสนองต่อภัยพิบัติและช่วยชุมชนในการกู้วิกฤติ 5. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ หน่วยงานรัฐในแต่ละระดับมีหน้าที่จัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็น 12 เรื่อง คือ 1. ติดตามกำกับสถานะสุขภาพเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพของชุมชน 2. ชี้ สอบสวน ควบคุม และป้องกันปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน 3. ให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพที่อุบัติใหม่ 4. ส่งเสริมการสร้างพันธมิตรในการกำหนดและแก้ไขปัญหาสุขภาพ 5. สร้างนโยบายและแผนเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคคลและชุมชนด้านสุขภาพ 6. บังคับใช้กฎหมายและระเบียบเพื่อปกป้องสุขภาพและประกันความปลอดภัย 7. เชื่อมโยงประชาชนกับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น 8. ประกันให้มีกำลังคนที่หลากหลายประเภท เพียงพอ และอาจสามารถ เพื่อรองรับระบบสาธารณสุข 9. ประเมินประสิทธิผล การเข้าถึง และคุณภาพของบริการสุขภาพส่วนบุคคลและบริการในชุมชน (Service based health services) 10. ทำวิจัยเพื่อหาแนวทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาสุขภาพ 11. ประกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิสำหรับทุกคน 12. ทำให้ประชาชนตระหนักเข้าใจปัจจัยสภาพสังคมและเศรษฐกิจต่อสุขภาพและส่งเสริมสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ดีต่อสุขภาพ
5.ความครอบคลุมของระบบสุขภาพ	ระบบสาธารณสุขเป็นระบบที่ใช้ความรู้เพื่อให้เกิดผลกระทบที่ดีที่สุดต่อสถานะสุขภาพของประชาชนทั้งมวล โดยใช้ความพยายามร่วมกันหลายฝ่ายเพื่อชี้ให้เห็นและถกประเด็นถึงต้นตอของปัญหาสุขภาพที่หลีกเลี่ยงและป้องกันได้ ประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของระบบสาธารณสุขคือการป้องกันขั้นปฐมภูมิ ก่อนที่จะ

ประเด็น	รายละเอียด
	เจ็บป่วย, บาดเจ็บ, เสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือ พิการ การป้องกันขั้นปฐมภูมิมุ่งเน้นที่กลุ่มประชากร (population) และสิ่งแวดล้อม ระบบโครงสร้างที่มีความสำคัญ 5 อันดับที่สุดคือโครงสร้างสุขภาพแบบเชิงรุก “proactive build it” ซึ่งระบบเหล่านี้จะสนับสนุนศักยภาพของภาคีให้ทำงานแก้ไขปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนและจัดสภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี ระบบที่สำคัญนี้ได้แก่ ● ระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ● แผนและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของชุมชน ● การประสานงานระหว่างรัฐและภาคีในระบบสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ● กำลังคนที่เพียงพอและมีศักยภาพ ● การเงินการคลังที่เป็นธรรม พอเพียง และยั่งยืน ประเด็นสุขภาพที่สำคัญ 11 เรื่อง (ไม่ได้เรียงลำดับตามความสำคัญ) 1. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมูลฐานและการป้องกันโรค 2. โภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสม 3. สุราและสารเสพติด 4. อันตรายจากสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย 5. โรคติดต่อที่มีอยู่ อุบัติใหม่และกลับมาระบาดใหม่ 6. พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงสูง 7. การบาดเจ็บและความรุนแรง 8. สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 9. โรคอ้วน เบาหวาน และขาดการออกกำลังกาย 10. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ 11. การสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่
6. ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสาร	1. หลักการและเหตุผลในการปฏิรูป 2. กรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่ - คำจำกัดความของระบบสาธารณสุข - ภาวคิของระบบสาธารณสุข - หน้าที่ของระบบสาธารณสุข - 12 บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข

ประเด็น	รายละเอียด
	3. วิสัยทัศน์ 4. เป้าหมายของระบบสุขภาพ 4. หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน (Core principles and Values) 5. ระบบ(โครงสร้าง)ที่สำคัญ 5 ระบบ 6. ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ 11 เรื่อง 7. วิธีการจัดลำดับสำคัญของปัญหา 8. ประเด็นเฉพาะอื่นๆ
7. วิวัฒนาการและกระบวนการ (ความจำเพาะของผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรม)	ในปี ค.ศ. 1997 ขณะที่ Robert Wood Johnson และ W.K. Kellogg foundation ริเริ่มโครงการระดับชาติในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ กองสาธารณสุขของรัฐวิสคอนซินก็มีแนวคิดเช่นเดียวกันยิ่งไปกว่านั้น แนวคิดของการปฏิรูปได้ถูกบรรจุในแผนกลยุทธ์ของ Department of health and family Services ของรัฐวิสคอนซินแล้ว จึงมีการจัดตั้งโครงการ Wisconsin Turning Point Initiative ปีเดียวกัน The Turning Point Transformation Team (53 คน) ถูกจัดตั้งในเดือนตุลาคม ค.ศ. 1998 เพื่อจัดทำกรอบนโยบายการปฏิรูปสาธารณสุขที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ในปี ค.ศ. 1999 the Department of health and family Services ได้รับเงินอุดหนุน 2 ปี จาก Robert Wood Johnson Foundation เพื่อจัดกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข การจัดทำกรอบนโยบาย Healthiest Wisconsin 2010: A Partnership Plan to Improve the health of the Public เสร็จสิ้น ในปี ค.ศ. 2000 ในเดือน พฤศจิกายน ค.ศ. 2000 Department of health and family Services ได้เริ่มจัดทำแผนปฏิบัติการ (implementation plan) ตามกรอบแนวคิดและปัญหาที่ถูกจัดลำดับว่าสำคัญในแผน Healthiest Wisconsin 2010 ซึ่งประกอบไปด้วยแนวทางกิจกรรมรวมทั้งการศึกษา การช่วยเหลือทางสังคม กฎหมาย นโยบายสาธารณะ การจูงใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในหลายระดับทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น และประชาชนทั้งมวลระดับมลรัฐ นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติเรื่อง "Healthy People 2010" รวมทั้งมีการพัฒนาระบบประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพและศักยภาพของระบบด้วย การจัดทำกรอบนโยบายมีคณะทำงานชุดอื่นๆที่มีส่วนร่วมด้วย ดังนี้ 1) Strategic Planning Team (มีสมาชิก 4 คน จากหน่วยงานใน department of health รวมทั้ง Strategic Planner และ Chief of Data expert Advisory Workgroup) 2) State Reactor Panel (สมาชิกรับเชิญ มาจากกระทรวง กรม กอง สมาคมนักกฎหมาย

ประเด็น	รายละเอียด
	และวิชาชีพด้านสุขภาพ และสมาชิกสุขภาพท้องถิ่น จำนวน 32 ท่าน) 3) Data Expert Advisory Workgroup (แกนนำ 3 คนจากกองตรวจวิเคราะห์, กองการเงินการคลังสุขภาพ, และกองสาธารณสุข และสมาชิกอื่นอีก 22 คนจากมหาวิทยาลัย และหน่วยงานด้านสาธารณสุข) 4) Five Committee Review Teams (5 ภาค ภาคละประมาณ 40 คน จากหน่วยงานสุขภาพระดับท้องถิ่น –County – และจากมหาวิทยาลัยและอื่นๆ) 5) Facilitator: 1 คน จากบริษัท Quantum Learning Dynamics Inc. 6) Editorial Review Team มีสมาชิก 4 คน โดยมีผู้เขียนร่าง และกำกับพัฒนาการของการสร้างแผนอยู่ในนี้ 1 คนจากกองสาธารณสุข
8.การนำไปใช้	1. นำไปเป็นกรอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Implementation plan) โดยมีผู้เกี่ยวข้องมากขึ้น 2. มีการเชื่อมโยงทุนสนับสนุนจากมูลนิธิกับโครงการที่ดำเนินการตามลำดับความสำคัญที่ปรากฏในแผน

3.4 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

1. การมีค่านิยมร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญ ค่านิยมที่สำคัญเช่น

- ◆ ระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งจะสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลดูแลสุขภาพได้เต็มศักยภาพ
- ◆ การร่วมมือเป็นหัวใจของความสำเร็จ

2. การระบุความหมายและหน้าที่ ของระบบสุขภาพให้ชัดเจน เป็นสิ่งจำเป็น

3. การระบุระบบที่สำคัญต่อสุขภาพ ทำให้การทำแผนกิจกรรมไปในทิศทางเดียวกัน โดยควรระบุว่าระบบดังกล่าวสำคัญอย่างไร ประเมินสถานะปัจจุบัน และวางทิศทางของการพัฒนา มีอะไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา

4. การสร้างค่านิยมร่วมกันในการจัดลำดับสำคัญของปัญหา โดยนำไปสู่การระบุปัจจัยเสี่ยง จะช่วยให้ชุมชนแก้ปัญหาของตนเอง โดยนักวิชาการควรช่วยทำเครื่องมือให้ง่ายต่อการใช้งาน

5. ควรระบุบทบาทหน้าที่ของความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ เช่น เครือข่ายมีหน้าที่อะไร กสธ ระดับส่วนกลางมีหน้าที่อะไร สสจ และหน่วยงานระดับภูมิภาคมีหน้าที่อะไร แล้วท้องถิ่นมีหน้าที่อะไร

6. ขอบเขตของธรรมนูญสุขภาพของไทยควรมีอย่างน้อย 8 ส่วน คือ

1.หลักการและเหตุผลในการปฏิรูป

2. กรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่

- คำจำกัดความของระบบสาธารณสุข

- ภารกิจของระบบสาธารณสุข

- หน้าที่ของระบบสาธารณสุข

- 12 บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข

3. วิสัยทัศน์

4. เป้าหมายของระบบสุขภาพ

5. หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน (Core principles and Values)

6. ระบบ(โครงสร้าง)ที่สำคัญ

7. ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ

8. วิธีการจัดลำดับสำคัญของปัญหา

บทที่ 4
การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนด
กระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
: กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

โดย หทัยชนก สุมาลี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

4.1 บทนำ

ระบบสุขภาพทั่วโลกนั้นไม่ว่าจะเป็นประเทศใด มักจะเป็นระบบที่ผสมผสานกันหลายภาคส่วนในบริบทที่แตกต่างกันไป ไม่มีระบบสุขภาพของประเทศใดใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างเดียวนับปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการเสริมให้โครงสร้างของระบบในประเทศต่างๆ มีความหลากหลาย คือ การเกิดขึ้นของแนวคิดหรือนวัตกรรมทางการบริหารหลายๆ ด้านในการแพร่ขยายของนวัตกรรมที่ใช้ในประเทศหนึ่ง ได้รับการนำไปทดลองใช้ในประเทศหนึ่ง และส่งผลให้เป็นกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงที่รับรู้และเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งที่จะต้องพิจารณาหลักๆ เมื่อพูดถึงระบบสุขภาพคือ กลไกของการให้เงินสนับสนุน (Funding Mechanism) และกลไกของการให้บริการสาธารณสุข (Health Care Delivery Mechanism) ที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญ และบริหารจัดการไปในทิศทางใด

ในบทนี้ จะกล่าวถึงกรณีศึกษา ประเทศอังกฤษ ประเทศที่มีกลไกของการให้เงินสนับสนุนเกือบจะร้อยเปอร์เซ็นต์ และให้ความสำคัญกับเสียงส่วนมากของประชาชนที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนหลักที่มีต่อรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลก็จะใช้การเมืองให้เกิดประโยชน์ และในที่สุดก็ใช้กฎหมายเพื่อที่จะบังคับใช้ให้เกิดผล โดยการจัดระบบสุขภาพที่ให้บริการอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาคนั้น ชาวอังกฤษภูมิใจในระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service (NHS) มาก หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค NHS ได้งบประมาณจากภาษีทั่วไป (General Taxation) แรงผลักดันที่ทำให้เกิดการปฏิรูปและสภาพปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง NHS เนื่องจากความขัดแย้งหลัก 2 ประการคือ เรื่องของนโยบายว่าจะรวมอำนาจหรือกระจายอำนาจของการบริหาร

และ ความขัดแย้งระหว่างรัฐกับแพทย์ ที่ว่ารัฐเป็นผู้จ่ายเงิน แต่แพทย์ต้องการความอิสระทางวิชาชีพ โดยเครื่องมือที่รัฐบาลอังกฤษใช้ในการปฏิรูปให้เกิดขึ้น คือ การประกาศแผนนโยบาย (White Paper) และตามด้วยการออกกฎหมาย ในทุกๆ ครั้งของการปฏิรูปจะเริ่มต้นโดยการที่รัฐบาลตั้งคณะทำงาน และในที่สุดคณะทำงานนั้นๆ จะเสนอเป็นแผนนโยบายที่เรียกว่า White Paper เป็นแผนแม่บท หลังจากนั้นรัฐบาลใช้เครื่องมือผ่านทาง

รัฐสภาโดยการออกกฎหมายที่ระบุถึงรายละเอียดและกลไกวิธีการปฏิบัติต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม และให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

4.2 โครงสร้างระบบสุขภาพ

4.2.1 บริบททางการเมืองการปกครอง³¹

- รัฐบาลลดค่าใช้จ่ายทางภาครัฐ โดยต้องการลดการสนับสนุนองค์กรของรัฐในการดำเนินงานกิจกรรมสาธารณะ
- การบริหารงานของภาคเอกชนมีประสิทธิภาพมาก และจะนำมาใช้ในองค์กรภาครัฐ
- ลดอำนาจชนชั้นวิชาชีพ (Professions) ซึ่งมีอำนาจเบ็ดเสร็จมากเกินไป การที่แพทย์มีอำนาจมากเกินไปจะทำให้มีผลเสียต่อประชาชน
- รัฐบาลสนับสนุนให้ประชาชนช่วยเหลือตนเอง และเป็นภาระของรัฐให้น้อยที่สุด มีการถ่ายเทภาระของรัฐไปสู่ประชาชน ในภาครัฐมีการสนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพส่วนตัว มีการเพิ่มค่ายาของ NHS โดยถือว่ารัฐมีหน้าที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีงานมีรายได้มากขึ้น และพึ่งรัฐให้น้อยลง
- รัฐบาลสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันกันโดยเฉพาะในด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

4.2.2 บริบททางเศรษฐกิจ³²

ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อนโยบายสาธารณสุขและระบบสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อนแต่ก็ไม่ยากที่จะเข้าใจ ในประเทศอังกฤษ ระบบสุขภาพถือเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของรัฐบาลในขณะเดียวกันอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพนั้นได้กลายเป็นอุตสาหกรรมที่นับว่ายิ่งใหญ่ อุตสาหกรรมยาและเครื่องมือแพทย์ได้รับการวิจัยและพัฒนาขึ้นอย่างมากโดยบริษัทข้ามชาติต่างๆ ที่กล่าวว่าซับซ้อนเนื่องจากดูเหมือนว่าดำเนินการโดยรัฐบาลแต่เพียงผู้เดียว แต่ความจริงหลายฝ่ายมีผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ ร้านขายยา ร้านแว่นตา รวมทั้งอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ให้กับโรงพยาบาล

สิ่งที่สำคัญในบริบททางเศรษฐกิจคือ พื้นฐานความเชื่อของรัฐบาลที่ว่านโยบายทางเศรษฐกิจและความอยู่รอดทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ถ้าปราศจากเศรษฐกิจที่ดีของชาติแล้ว ด้านอื่นก็จะไม่ดีตามมา

³¹ การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

³² การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

4.2.2 บริบททางการบริการสุขภาพ³³

ทางเลือกในการใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ ประชาชนชาวอังกฤษเมื่อเจ็บป่วยอาจไปพบแพทย์เพื่อตรวจ หรือพบเภสัชกรเพื่อซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา หรือไปยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็ได้ ประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner, GP) ที่ขึ้นทะเบียนกับ NHS แต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ GP ที่ตนเองต้องการหรือเปลี่ยน GP ก็ได้ อย่างไรก็ตาม ทางเลือกอาจมีไม่มากนักโดยเฉพาะในชนบท

GP ทำหน้าที่ในลักษณะ เป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาล หลังจากการตรวจรักษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลส่งกลับไปที่ GP หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่นๆ เช่น Nursing home

4.2.3 บริบททางการเงินการคลัง

ถือว่ารัฐบาลอังกฤษใช้เงินเพื่อการสาธารณสุขน้อยมากเมื่อเทียบกับระบบสุขภาพของประเทศอื่นๆ ที่พัฒนาแล้ว โดยรัฐใช้เงินสำหรับสาธารณสุขประมาณ 6.6% ของ GDP ในขณะที่สหรัฐอเมริกาใช้ถึง 15-16% และประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรปใช้ 8-9% แต่ผลที่ออกมาก็อยู่ในระดับที่น่าพอใจ

- แหล่งที่มาของงบประมาณ³⁴

- แหล่งรายได้สำหรับบริการด้านสุขภาพที่จัดโดย NHS มาจากภาษีทั่วไป จากค่ายาและรายได้ส่วนอื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี

- ส่วนของบริการภาคเอกชนมาจากประกันเอกชน

- บทบาทรัฐ-เอกชนทางการเงินการคลัง

- รัฐมีบทบาทหลัก เอกชนเป็นบทบาทเสริมส่วนน้อยเท่านั้น

- ภาระทางการเงินของประชาชน

- ประชาชนสนับสนุนทางการเงินโดยผ่านทางภาษีทั่วไป

- การใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งยา (ยกเว้นเด็ก คนชรา และผู้ป่วยบางกลุ่ม) ยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยาและแว่นตาไม่ได้ครอบคลุม

³³ ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ

³⁴ ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ

- **มาตรการจ่ายค่าบริการ**

- ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) มีรายได้จากการบริการ 3 ส่วน

- 1.การจ่ายต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับ GP นั้นๆ (Capitation)
- 2.ค่าบริการตรวจรักษา จากบริการพิเศษบางอย่าง เช่น เยี่ยมไข้นอกเวลาหรือการบริการฉีดวัคซีน
- 3.ค่าบริการเวชปฏิบัติ (Practice Allowances) จากการจัดบริการจำเพาะบางอย่าง เช่น บริการสำหรับผู้สูงอายุ รายได้จากการบริการของ GP เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามจำนวนผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนี้การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ขึ้นกับการเสนอขององค์กรอิสระ คือ Doctors' and Dentists' Review Body เกสซิกอร์ได้รับการจ่ายค่ายาแบบ Cost plus และได้รับค่าตอบแทนการจ่ายยา (Dispensing Fees) ในสัดส่วนที่ลดลงตามจำนวนในสั่งยาที่แต่ละคนให้บริการ โดยค่าจ่ายยานี้ได้รับการจัดสรรเป็นก้อนรวมทั้งหมดเป็นรายปี จากการเจรจาระหว่างองค์กรเกสซิกอร์กับกระทรวงสาธารณสุข

- ผู้ให้บริการทุติยภูมิ / ตติยภูมิ

โรงพยาบาลได้รับงบประมาณตามข้อตกลงกับ District Health Authority ในด้านบริการและจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ แพทย์ในโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบเงินเดือน

4.2.4 **บริบททางด้านทรัพยากรบุคลากรด้านสุขภาพ³⁵**

เรื่องการให้บริการและวางแผนทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องไปด้วยกัน นโยบายทางด้านกำลังคนยังไม่เป็นที่ชัดเจน โดยเฉพาะท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากมาย การให้บริการทางสุขภาพไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน สายวิชาชีพแต่ละสายก็ดำเนินการไปตามทางของตน ซึ่งทำให้การวางแผนบุคลากรทางด้านแพทย์เป็นไปโดยยาก สถานการณ์ปัจจุบัน โอกาสที่จะผลิตแพทย์เกินความต้องการนั้นมีน้อยมาก พบว่าจำนวนแพทย์ควรที่จะเพิ่มขึ้นที่ 1.7% ต่อปี วิธีการที่จะใช้ในการเพิ่มจำนวนแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการในอนาคตคือ

- 1.เปิดรับแพทย์จากนอกประเทศให้มากขึ้น
- 2.ปรับปรุงการคงอาชีพแพทย์ที่กำลังงานอยู่
- 3.ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นโดย

³⁵ การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

3.1 เพิ่มโรงเรียนแพทย์

3.2 ขยายโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่แล้ว

3.3 รับนักศึกษาแพทย์เพิ่ม โดยมีการเสนอให้รับปีละ 1,000 คน

ทิศทางการพัฒนากำลังคนในอนาคตของประเทศอังกฤษนั้น เนื่องจากขณะนี้ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอจึงทำให้การวางแผนทุกอย่างนั้นเป็นไปด้วยความยากลำบาก มีปัญหาพื้นฐานเรื่องการมองทิศทางของฝ่ายผลิต (Education) กับภาคบริการ (NHS) โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

- จะต้องมีการประเมินในระยะยาวในเรื่องของแผนกำลังคนว่าควรจะเป็นไปในทิศทางใด โดยคำนึงถึงขอบเขตการแบ่งแยกระหว่างวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการคาดการณ์ได้ว่าในอนาคตจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะอย่างไร จำนวนเท่าใด
- ต้องมีการเชื่อมโยงระหว่างภาคผลิต หรือฝ่ายการศึกษา กับผู้รับบริการ อย่างเป็นรูปธรรม
- ควรมีการเน้นการบริหารจัดการระบบการให้บริการสุขภาพทั้งระบบ การทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายบริหารกับบุคลากรสายวิชาชีพ
- การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในทุกระดับ ทุกด้าน

4.3 วิวัฒนาการ

ประเทศอังกฤษเป็นต้นแบบของประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยแหล่งเงินจากภาษี (Beveridge Model) แต่ก่อนหน้านั้น ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง อังกฤษก็ได้ถือหลักการแนวคิดเรื่องประกันสังคมมาจากเยอรมัน (พ.ศ.2426-2432) ที่ใช้แหล่งเงินจาก เงินสมทบของประชาชนที่มีรายได้มาจากการทำงาน (Bismarck Model) กฎหมายการประกันสุขภาพให้กับคนงานในประเทศอังกฤษเกิดขึ้นในปีพ.ศ.2454 โดยรัฐบาล Lloyd George พรรค Liberal โดยคนงานขึ้นทะเบียนกับแพทย์โดยตรง และกองทุนจ่ายในอัตรารายหัวให้กับแพทย์ ซึ่งต่อมารัฐบาลได้จัดบริการแบบให้เปล่าเองตั้งแต่ปีพ.ศ.2455 เนื่องจากประชาชนจำนวนมากไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้ แต่ประสบปัญหาภายหลังเมื่องบประมาณถูกตัดลง

ต่อมาในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง ประชาชนจำนวนมากได้รับบาดเจ็บจากกองทัพเยอรมัน จึงเกิดการจัดตั้ง Emergency Medical Service ขึ้นรับผิดชอบการรักษาพยาบาลทั้งระบบในประเทศอังกฤษโดยรัฐ ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายห้องแล็บ ระบบคลังเลือด และระบบจัดบริการผ่าตัด ประสาทวิทยา จิตวิทยา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทั่วประเทศ

ท่ามกลางกระแสความคิดที่จะแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพในประเทศอังกฤษ ความสูญเสียหลังสงคราม เป็นจิ้งหระให้ Sir William Beveridge ข้าราชการนักสังคมสงเคราะห์ เสนอแผนในการแก้ไขปัญหามหาฟื้นฟูสังคม (Social reconstruction) ตีพิมพ์ในปี พ.ศ.2486 โดยมีแนวคิดที่จะลดความแตกต่างของมาตรการช่วยเหลือของรัฐที่ปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม โดยเขาเชื่อว่า การปรับทั้งระบบในครั้งเดียวกัน ด้วยการ

สร้างความเป็นหุ้นส่วน (Partnerships) ร่วมกันระหว่างประชาชนและรัฐ จะเป็นการแก้ความแตกต่างของมาตรการช่วยเหลือของรัฐของแต่ละกรมกองได้

ข้อเสนอเรื่องหลักประกันสุขภาพ NHS ผ่านสภาเป็นส่วนหนึ่งในแผนแม่บทของรัฐบาล Clement Attlee พ.ศ.2489 ที่รวมถึงการส่งเสริมการศึกษา, การจ้างงาน, ที่อยู่อาศัย, และหลักประกันทางสังคม สำเร็จได้ด้วยความสามารถ ของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข Aneurin Bevan ที่มีทักษะในการทำงานให้สำเร็จ (constructive action) สามารถควบคุมสถานการณ์และอำนาจการ ภายใต้การเมืองของระบบสุขภาพได้ โดยการส่งข้อเสนอไปทั่วระบบ Emergency Medical Service ชี้ชวนให้เห็นว่า การใช้ภาษีของระดับประเทศในโครงการสุขภาพจะช่วยแก้ปัญหา ความสามารถที่แตกต่างกันของท้องถิ่นในการหารายได้ และใช้ความได้เปรียบของรัฐบาลพรรค Labor ในรัฐสภาผ่านกฎหมายได้ในที่สุด แม้ว่าจะมีความยากลำบาก ในขั้นตอนการเจรจาต่อรองทางการเมือง ทั้งการยกเลิกสัญญา การหักหลัง การเปลี่ยนท่าทีสนับสนุนแบบกะทันหัน รวมถึงการข่มขู่กลุ่มคัดค้านหลักคือแพทย์ Bevan จึงใช้ลดแรงต้าน ด้วยสิ่งจูงใจ “filled their mouths with gold” เช่น ผู้เชี่ยวชาญอาวุโสได้เงินเดือนตลอดชีพ และบำนาญ และยังได้สิทธิในการเปิดคลินิกเอกชนด้วย, ผู้เชี่ยวชาญมีอำนาจควบคุมห้องพิเศษในโรงพยาบาลของ NHS, ให้สิทธิแพทย์ใน NHS ตั้งบริษัทอิสระได้ เป็นต้น³⁶

ทำให้ระยะแรกของ NHS (ตั้งแต่ พ.ศ.2491) มีโครงสร้าง 3 ระบบย่อย (Tripartite structure) คือ 1) ระบบโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ (Hospitals and Specialists) ภายใต้การจัดการ 14 regional boards, 2) เวชปฏิบัติทั่วไป (General practice) ภายใต้สัญญาที่บริหารโดยระดับประเทศ และ 3) บริการสุขภาพชุมชน (Community health service) เช่น โรงพยาบาลเย็บบ้าน ผดุงครรภ์, งานอนามัยแม่และเด็ก และการป้องกันโรค อยู่ภายใต้การจัดการของรัฐบาลท้องถิ่น ต่อมาในปี พ.ศ.2517 บริการของโรงพยาบาลและของท้องถิ่น ถูกรวมไปจัดการภายใต้ Regional Health Authorities

NHS ยุคแรกเป็นยุคที่ให้ความสำคัญกับโรงพยาบาล (hospital-dominated system) ประชาชนต้องเลือกขึ้นทะเบียนกับ GP การรักษาแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลจะได้รับการรักษาทันที ในขณะที่การส่งต่อเพื่อบริการเฉพาะทางอื่น (elective specialty care) ต้องรอคิวนาน (เฉลี่ย 46 วัน) จึงมีผู้ซื้อประกันเอกชนอยู่ส่วนหนึ่งประมาณ 11.5%ของประชากร

จากปัญหาเศรษฐกิจถดถอยมายาวนาน ในช่วง 2505-2522 รัฐบาลเปลี่ยนไปมาในการเลือกตั้งแต่ละครั้ง (ครั้งละ 4 ปี) ระหว่าง พรรค Conservative และพรรค Labor กรณีพิพาทรุนแรงระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรม ในช่วงรัฐบาล Labor (พ.ศ.2521) ทำให้พรรค Conservative ใช้จุดอ่อนของพรรค Labor ในการเอาชนะการเลือกตั้งที่มีขึ้นในปีพ.ศ.2522 มีผลให้ Margaret Thatcher เป็นนายกรัฐมนตรี (พ.ศ. 2522-2533) มาตรการต่างๆด้านเศรษฐกิจ ถูกนำมาใช้เพื่อลดรายจ่ายภาครัฐ และเพิ่มการแข่งขัน เกิดขึ้นในช่วง กระแส Managed competition เกิดขึ้นในสหรัฐและยุโรปตะวันตก ทำให้เศรษฐกิจของอังกฤษดีขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับเศรษฐกิจโลกก็ดีขึ้นด้วย Thatcher จึงสามารถครองความนิยมได้ยาวนาน ถึง 3 สมัย

³⁶ Light D. Universal Health Care: Lessons From the British Experience. American Journal of Public Health 2003;

รัฐบาล Thatcher ได้นำมาตรการการจัดการ (general management) เพื่อแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพมาใช้กับ NHS เริ่มตั้งแต่พ.ศ. 2526, แนวคิดเรื่อง Internal market เริ่มในปี 2532 และผ่านกฎหมาย the National Health Service & Community Care Act (พ.ศ.2533) ที่เปลี่ยนบทบาท จากการบริหารโรงพยาบาลเองมาเป็นผู้ซื้อบริการจากโรงพยาบาลของตนเองและโรงพยาบาลในสังกัดอื่น GP กลายเป็นผู้ถือเงิน "fund holders" ที่สามารถซื้อบริการต่อจากผู้จัดบริการอื่นให้กับคนไข้ที่ลงทะเบียนไว้กับตน ส่วนผู้ให้บริการกลายเป็น Independent trusts ที่บริหารโดย Board แบ่งเป็น 5 แบบ Primary care trust, Hospital trust, Ambulance Services Trust, Care Trusts, และ Mental health Services Trust เรียกว่าเป็นยุคปฏิรูปเพื่อสนับสนุน GP fund holding

ช่วงท้ายของรัฐบาล Thatcher พ.ศ. 2539 พรรค Conservative ยอมรับว่า นโยบาย Competition ทำงานไม่ได้ผล³⁷ GP ไม่มีอำนาจทางการเงินมากพอที่จะเลือกซื้อหรือตกลงราคากับ Specialist ได้ หรือจัดหาบริการพิเศษเฉพาะให้กับคนไข้ที่ขึ้นทะเบียนกับตนได้ นอกจากนี้แนวคิด Competition โดยตัวแนวคิดเอง ถูกวิจารณ์ว่ามันทำลาย การสาธารณสุข (Public health) และระบบบริการสุขภาพที่ยึดฐานประชากร (Population-base health care system)³⁸ Competition ทำงานไม่ได้ผลเพราะมันต้องการการควบคุมกำกับอย่างมาก และใช้ผู้จัดการจำนวนมาก เนื่องจากบริการสุขภาพมีความล้มเหลวของกลไกตลาด ผลคือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

Department of Health สนองนโยบายรัฐบาล Thatcher โดยให้ความสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยมีแนวคิดที่จะลดคนเจ็บ และลดอัตราการตาย The Health of the Nation (2535-2540) เป็น White Paper แผนแม่บทด้านสุขภาพแผนแรกที่จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพสูงสุด 5 อันดับ และกำหนดเป้าหมายการทำงานที่จะลดโรค และเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนโดยรวมอย่างชัดเจน มีการทำงานประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย แต่ผลการทำงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่าง ชุมชนและรัฐ

ต่อมาพรรค Labor ให้สัญญาในการเลือกตั้งว่าจะล้มระบบ Competition จึงได้คะแนนเสียงชนะการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2540 อย่างถล่มทลาย การสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน (public-private partnership) ถูกชูเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา แต่เมื่อ Tony Blair ได้มาบริหารประเทศ กลับต้องเติมเงินให้ NHS มากขึ้นเพราะรัฐมนตรีสาธารณสุข (Minister for Health – Alan Milburn) รับปากที่จะเพิ่มเงินให้ NHS เพราะเห็นด้วยว่า NHS ขาดแคลนงบประมาณมาเป็นเวลานาน นโยบายของ New Labor พัฒนาให้มี primary care Trust ที่รวมเอางานของ GP เข้าไว้กับงานบริการชุมชนและเชื่อมกับประเด็นนโยบายด้านสาธารณสุข, พัฒนาโครงการประสานความเชื่อมโยงด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการศึกษา, กระจายงบประมาณส่วนกลางไปให้ Primary care Trusts ให้มากที่สุด และสนับสนุนให้ Trusts สร้างความเชื่อมโยงกับ Specialists และโรงพยาบาล, สร้างความเข้มแข็งให้ตลาดสุขภาพมากขึ้นเช่นสนับสนุนให้รับช่วงบริการ (outsourcing of

³⁷ From managed competition to managed cooperation: theory and lessons from British experience. Milbank Q. 1997;75:297-341

³⁸ Glaser WA. The competition vogue and its outcomes. Lancet. 1993; 341: 805-812

medical services) หรือสร้างโรงพยาบาลโดยเอกชน แต่ผลการศึกษาหนึ่งพบว่า ทุกๆ 200 ล้านปอนด์ที่สนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน มีผลทำให้ NHS สูญเสียแพทย์และพยาบาลถึง 1,000 คน³⁹ ในช่วงปี พ.ศ.2548-2549

แผนสุขภาพปีพ.ศ. 2542 ที่จัดทำโดย Department of Health ในยุค Tony Blair “Saving lives: Our Healthier Nation” เสนอกลยุทธ์ที่มีบทบาทร่วมกันทั้งของบุคคล ชุมชนและรัฐ เปลี่ยนมุมมองจากการที่เน้นแก้ปัญหาโรค มาเป็นการมอง Good health และ Better health มีกลยุทธ์ในเรื่องทักษะด้านสุขภาพมากมาย (Health skills)

แผนสุขภาพ Our Health, Our Care, Our Say ปีพ.ศ.2549 มุ่งไปที่กระจายอำนาจอย่างไร จึงเหมาะสม เพราะมีความขัดแย้งของการรวมอำนาจและกระจายอำนาจ ทั้งถนัดไม่มีอิสระ นอกจากนี้ยัง มีความขัดแย้งระหว่าง NHS กับแพทย์ (เน้น primary care)

4.4 กระบวนการของแผน “Our Health, Our Care, Our Say”

4.4.1 ตั้งทิศทางใหม่สำหรับบริการชุมชน องค์รวมทางสุขภาพ ระบบทางสังคม โดยเน้นการบริการต่างๆ ในเชิงรุกมากกว่า เพื่อจัดให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตประชาชน ในโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่เร่งรีบ และไม่ค่อยมีเวลามาก โดยให้เสียงส่วนมากของประชาชนเป็นแรงขับเคลื่อนหลักเพราะถือว่าคนเป็นตัวแปรสำคัญ ของการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการ

4.4.2 ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติแนวทางใหม่ “Life Check” เป็นการประเมินชีวิตความเป็นอยู่ ตามวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีให้เลือก 2 ทาง คือ

1) การประเมินด้วยเครื่องมือที่มีให้ โดยสามารถ Download ทาง Web-site หรือกรอกข้อมูล เพื่อทำแบบประเมินผ่านหน้า Web จากระบบ Online

2) สำหรับผู้ที่ต้องการคำแนะนำและการสนับสนุน ในเรื่องของสุขภาพและการให้บริการทางสังคมเฉพาะด้าน ก็สามารถให้บริการได้เช่นกัน

4.4.3 ให้ประชาชนหันมาสนใจในเรื่องของสุขภาพจิต อารมณ์และจิตใจ ให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้เหมาะสมต่อไป จนถึงปี พ.ศ.2555

4.4.4 ให้ความสำคัญกับสังคมและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นอันดับต้นๆ ส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น มีสิทธิมีเสียงมากขึ้น รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลของประชาชน ให้สะดวกและง่ายขึ้น

³⁹ George Monbiot (2002). Private Affluence, Public Rip-Off. *The Spectator*. <http://www.monbiot.com/archives/2002/03/10/private-affluence-public-rip-off/>

4.5 นโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

4.5.1 กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง

4.5.2 สร้างการแข่งขันภายใน เพื่อที่จะลดอำนาจการผูกขาดไม่ให้อยู่ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่งแต่เพียงผู้เดียว รัฐบาลเชื่อว่าการแข่งขันจะทำให้คุณภาพดีขึ้น แต่การแข่งขันนั้นต้องอยู่ภายใต้การควบคุม

4.5.3การจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่ โดยมีแนวคิดหรือกลยุทธ์ที่ว่า เงินจะต้องตามผู้ป่วย คือ ถ้าหากผู้ป่วยควรได้รับการ ณ สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง ถึงแม้ว่าจะไกลออกไป เงินสนับสนุนนั้นก็ควรจะครอบคลุมตามผู้ป่วยไปด้วย ซึ่งในอดีตถือว่าผู้ป่วยอยู่ที่ใดก็ต้องได้รับการบริการจากที่นั้น แต่ในปัจจุบันนี้เงินสนับสนุนสามารถจ่ายข้ามเขตได้ โดยรัฐบาลหวังว่าการเลือกรับบริการจะเป็นการสะท้อนความต้องการของประชาชนได้

4.5.4 การลดอำนาจแพทย์ แพทย์จะต้องอธิบายการกระทำและการตัดสินใจของตนเองได้ และจะต้องคำนึงถึงระบบการเงินของโรงพยาบาลด้วย และจะต้องทำงานร่วมกับนักบริหารของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี จึงจะมีการคานอำนาจซึ่งกันและกัน

4.5.5 เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น จะเห็นได้จากการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับ GPs โดยมีการก่อตั้ง GP Fund holding

ตารางที่ 4.1สรุปประเด็นจากบทเรียน จากแผน Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services ประเทศไทย

ประเด็น	รายละเอียด
ชื่อเอกสาร	Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services
ประเภทเอกสาร	เป็นเอกสารที่รัฐบาลอังกฤษเสนอต่อรัฐสภา มกราคม 2549
จัดทำโดย	คณะทำงานด้านสุขภาพแห่งชาติ
1.วัตถุประสงค์/ ความมุ่งหมาย ของเอกสาร	เพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนและดูแลการบริการทางสังคมในประเทศอังกฤษ ภายใต้วัตถุประสงค์หลัก 4 ข้อคือ 1.การป้องกันและการส่งเสริม สุขภาพเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น 2.เสนอทางเลือกที่ดีกับประชาชนและควบคุมดูแลการรักษาที่ประชาชนควรจะได้รับ 3.จัดบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สะดวกสบาย รวดเร็ว ใกล้เคียงบ้าน รวมทั้งดูแลผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่าย 4.ให้การสนับสนุน ดูแลประชาชนโดยมีเงื่อนไขในระยะยาว
2. ระดับของนโยบาย	ระดับชาติ
3.การให้คุณค่าและความหมาย	1. ทิศทางใหม่สำหรับบริการชุมชน องค์รวมทางสุขภาพ ระบบทางสังคม 2. การบริการในเชิงรุกเหมาะสมกับวิถีชีวิตประชาชนในโลกโลกาภิวัตน์ 3. เสียสละมากของประชาชน คือ แรงขับเคลื่อนหลักเพราะ “คน” เป็นตัวแปรสำคัญ ของการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการ 4.ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติแนวทางใหม่ “Life Check” เป็นการประเมินชีวิตความเป็นอยู่ ตามวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ
5. ความหมายของระบบสุขภาพในธรรมนูญ	การจัดระบบสุขภาพที่ให้บริการอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค ชาวอังกฤษภูมิใจในระบบสุขภาพที่เรียกว่า National Health Service (NHS) มาก ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกนั้นมีการดำเนินการในหลายรูปแบบ แต่ NHS นั้นมีลักษณะเด่นอยู่ 6 ประการคือ 1.มีการแยกระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) จาก ระบบบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) อย่างชัดเจน

ประเด็น	รายละเอียด
	2.ให้บริการฟรี ณ จุดที่ให้บริการ (Free at the point of use) 3.ดำเนินงานและได้งบประมาณจากภาษีทั่วไปของราษฎร (General Taxation) 4. เป็นระบบที่ครอบคลุมการบริการทางสุขภาพอย่างครบถ้วนเสมอภาค (Comprehensive and Equitable) 5. ประชาชนทุกคนที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีสิทธิรับบริการ 6. รัฐบาลเป็นเจ้าของทั้งหมด เป็นผู้บริหารเอง ออกนโยบายเองและคุมเอง
6. ความครอบคลุมของระบบสุขภาพ	การใช้ระบบบริหารต่างๆ (Managerialism) ความคิดต่างๆ ทางด้านบริหารได้ถูกนำเข้ามาใช้อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดในเรื่องของการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การใช้ดัชนีชี้วัดผลผลิต (Performance Indicator) การบริหารจัดการโดยทั่วไปเป็นการนำเอาความคิดทางระบบธุรกิจเพื่อมาประยุกต์กับองค์กรของรัฐ และพยายามที่จะสนับสนุนให้มีการแข่งขันซึ่งกันและกัน คือ 1. กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง ให้มีการตั้ง NHS Trust , GP Fund holding 2. การสร้างการแข่งขันขึ้นภายใน 3. การจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่ 4. การลดอำนาจแพทย์ 5. เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น จะเห็นได้จากการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับ GPs โดยมีการก่อตั้ง GP Fund holding
7. ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสาร	ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วย 9 ส่วน คือ 1. การเข้าถึงชุมชน 2. สิทธิทางสุขภาพ เสรีภาพและความเป็นอยู่ที่ดี 3. การได้รับสิทธิในการรักษาขั้นพื้นฐานที่ดีขึ้น 4. การเข้าถึงบริการชุมชนที่ดีขึ้น 5. สนับสนุนความต้องการของประชาชนในระยะยาว 6. การดูแลสุขภาพในครัวเรือน 7. รับประกันการปฏิรูปให้ประชาชนอยู่ภายใต้การควบคุม 8. การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ประเด็น	รายละเอียด
	9.ตารางเวลาสำหรับการปฏิบัติ
8.วิวัฒนาการและกระบวนการ	● ปี 2535-2540 ประเทศอังกฤษมี “The Health of the Nation” เป็นยุทธศาสตร์นโยบายทางสุขภาพ ที่นำเสนอกลยุทธ์เพื่อพัฒนาสุขภาพของสังคมของประชากร จากปัญหาเรื่องเงินสนับสนุนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่ว่า จะทำอย่างไรจึงจะทำให้คนเจ็บป่วยน้อยลง รัฐบาลอังกฤษได้เริ่มตอบสนองโดยการประกาศนโยบาย The Health of the Nation พ.ศ.2535 โดยมีเป้าหมายทางสุขภาพภายในปี พ.ศ. 2543 คือ ลดอัตราการตายจาก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และการฆ่าตัวตาย โดยให้ความสำคัญกับเวชศาสตร์ชุมชนมากขึ้น มีการมุ่งเน้นในด้านการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโรค เพราะประหยัดเงินได้มากกว่า ● ปี 2542 : “Saving lives: Our Healthier Nation” เป็นข้อเสนอเพื่อที่จะนำไปสู่การต่อสู้กับทุกภาวะทางสุขภาพ โดยเสนอกลยุทธ์ใหม่ 3 ส่วน คือ คน ชุมชน รัฐ เป็นเอกสาร(White Paper) ที่รัฐบาลอังกฤษเสนอต่อรัฐสภา เพื่อที่จะนำไปสู่การต่อสู้กับทุกภาวะทางสุขภาพ เป็นการทำงานร่วมกันของทุกหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม ให้นำไปสู่การมีชีวิตที่ยืนยาว อีกทั้งยังเป็น แผนฉบับแรกของรัฐบาล (The first comprehensive Government plan) ที่มุ่งเน้นไปที่เรื่องของโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อุบัติเหตุ และปัญหาสุขภาพจิต ยกเลิกระบบเดิมที่ไม่มีเป้าหมายชัดเจน โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ภายในปี พ.ศ.2553 ซึ่งหากบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้จะสามารถป้องกันการตายก่อนถึงวัยอันควรถึง 300,000 คน ● ปี 2549 : “Our Health, Our Care, Our Say” ทิศทางใหม่สำหรับบริการชุมชน เอกสาร (White Paper) ฉบับนี้ เป็นการยืนยันเอกสารฉบับ (Green Paper) ที่มีเนื้อหาจากการพิจารณาหารือ แผนงาน ครั้งใหญ่ที่สุดที่จัดโดย Department of Health เมื่อเดือนมีนาคม 2548 ซึ่งเป็นกระบวนการ ในการปรึกษาหารือ ร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ สมาชิกและอาสาสมัครจากหน่วยงานพันธมิตรด้านสุขภาพ การเคหะชุมชน องค์กรสุขภาพอื่นๆ รวมถึงตัวแทนของภาคเอกชน เพื่อหาข้อเสนอและตอบสนองกับแผนงานแห่งชาติ ซึ่งเน้นเรื่องการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยจัดให้มีการบริการที่ยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยทำให้ต่อเนื่องจากที่เคยปฏิบัติมา พยายามเน้นบริการให้เข้าถึงประชาชนมากกว่าที่จะให้ประชาชนเป็นฝ่ายเข้ามาใช้บริการ เน้นการทำงานในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยมีกระบวนการดังนี้

ประเด็น	รายละเอียด
	1.ตั้งทิศทางใหม่สำหรับบริการชุมชน องค์กรทางสุขภาพ ระบบทางสังคม โดยเน้นการบริการต่างๆ ในเชิงรุกมากกว่า เพื่อจัดให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตประชาชน ในโลกโลกาภิวัตน์ที่เร่งรีบ และไม่ค่อยมีเวลามาก โดยให้เสียงส่วนมากของประชาชนเป็นแรงขับเคลื่อนหลักเพราะถือว่าคนเป็นตัวแปรสำคัญ ของการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการบริการ 2.ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติแนวทางใหม่ “Life Check” เป็นการประเมินชีวิตความเป็นอยู่ ตามวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อเป็นทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีให้เลือก 2 ทาง คือ 2.1 การประเมินด้วยเครื่องมือที่มีให้ โดยสามารถ Download ทาง Web-site หรือกรอกข้อมูลเพื่อทำแบบประเมินผ่านหน้า Web จากระบบ Online 2.2 สำหรับผู้ที่ต้องการคำแนะนำและการสนับสนุน ในเรื่องของสุขภาพและการให้บริการทางสังคมเฉพาะด้าน ก็สามารถให้บริการได้เช่นกัน 3.ให้ประชาชนหันมาสนใจในเรื่องของสุขภาพจิต อารมณ์และจิตใจ ให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมและพัฒนาให้เหมาะสมต่อไป จนถึงปี พ.ศ.2555 4.ให้ความสำคัญกับสังคมและการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเป็นอันดับต้นๆ ส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น มีสิทธิมีเสียงมากขึ้น รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลของประชาชน ให้สะดวกและง่ายขึ้น
9. การนำไปใช้	1.เป็นยุทธศาสตร์ ในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนและดูแลการบริการทางสังคม ในประเทศอังกฤษ 2.เป็นข้อเสนอสำหรับประชาชนเพื่อควบคุมดูแลการรักษาที่ควรจะได้รับ 3.เป็นแนวทางการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งหมดนี้ถูกเพิ่มเข้าไปสำหรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจจะไม่เกิดขึ้นภายในเร็ววัน แต่เป็นการลงทุนสำหรับอนาคต ซึ่งปัจจุบันการบริการชุมชนมีความก้าวหน้าขึ้นมาก

4.6 สรุป อภิปราย

จากการศึกษาข้างต้น สามารถสรุปได้ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ของเรื่องนี้ คือ การให้ประชาชนอยู่ในการดูแลและตอบสนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยมุ่งเน้นไปที่การดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายได้ 1 ใน 3 เมื่อเทียบกับการดูแลสุขภาพขั้นทุติยภูมิ อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาเตียงคนไข้ไม่พอ นับได้ว่าเป็นการจัดการที่ดีในชุมชน
- ความขัดแย้งระหว่างการรวมอำนาจและการกระจายอำนาจ รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องมียุทธศาสตร์จากส่วนกลาง แต่มีอิสระในการปฏิบัติในระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นเรื่องที่พูดง่ายแต่ทำยาก ในความเป็นจริงทางปฏิบัติมีความขัดแย้งกันอยู่เสมอ ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมาจะมุ่งอยู่ที่กระจายอำนาจอย่างไรจึงจะเหมาะสม
- ในเรื่องของความต้องการที่จะให้บริการฟรีที่ครอบคลุมและเสมอภาค ปัญหาใหญ่ คือ ปัญหาทางเศรษฐศาสตร์การเงินการคลัง การให้เงินสนับสนุนจะเป็นอย่างไร สถานการณ์ทางการแพทย์ซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การที่มีประชากรที่มีผู้สูงอายุซึ่งต้องได้รับการบริการทางสุขภาพมากขึ้น การที่ประชากรมีความหวังมากขึ้น ปัญหาเหล่านี้ถูกแพร่กระจายด้วยระบบสื่อสารที่ทันสมัยและรวดเร็ว
- ประชาชนและผู้เจ็บป่วยมีความปลอดภัยในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพทางสังคมมากขึ้น ไม่ใช่เฉพาะด้านสุขภาพและความเป็นอยู่เท่านั้น ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ประชาชน ซึ่งแผน “Our health, our care, our say White Paper 2005” ฉบับนี้ คือ โครงร่างที่จะทำให้สิ่งต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้น

4.7 ข้อเสนอแนะ บทเรียนของประเทศไทยสำหรับประเทศไทย

- 1.ทิศทางการปฏิรูปต้องจัดทำเป็นนโยบายของรัฐ
- 2.มีองค์กรระดับชาติเป็นผู้รับผิดชอบ โดยจัดตั้งองค์กรกลางที่มีอำนาจร่วมกับรัฐในการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีคณะกรรมการมาจากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน รวมไปถึงชุมชน และได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล โดยมีคณะทำงานจากทุกสาขา และทำงานเป็นทีมในระยะยาว
- 3.มีการเผยแพร่แนวคิดและแผนปฏิรูป และแจกจ่ายให้สาธารณชนรับทราบอย่างทั่วถึง
- 4.เพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- 5.ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
- 6.สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพให้ลึกซึ้ง

บรรณานุกรมของบทที่4

1. ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ.รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
2. เว็บไซต์ <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>
3. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008701
4. เว็บไซต์ <http://www.publications.doh.gov.uk/pub/docs/doh/exec.pdf>
5. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
6. Department of Health. Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services.2006.

ภาคผนวก

แบบสอบถามความคิดเห็น
ในการกำหนดกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

จัดทำโดย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดนิยามสุขภาพและระบบสุขภาพดังนี้

- สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล
- ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

และมาตรา 46 กำหนด “ให้คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของ สัมัชชาสุขภาพมาประกอบด้วย

เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้วให้รายงานต่อรัฐสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี”

และมาตรา 47 กำหนดให้ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (4) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

(7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

- (8) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

มาตรา 46 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพตามมาตรา 25(2) ที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน

ข้อมูลจากร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชน (กันยายน 2545)

ร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชน (กันยายน 2545) ได้ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ จากกรอบความคิดระบบสุขภาพด้วยฐานทางวิชาการ และประมวลเข้ากับข้อคิดเห็น ที่ประชาชนได้มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ได้ร่างประเด็นเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพดังนี้

1. ให้นิยามคำที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เช่น “การบริการด้านสุขภาพ” และ “การบริการสาธารณสุข” เป็นต้น และบัญญัติความหมายของความมั่นคงด้านสุขภาพ
2. ระบุความมุ่งหมายและหลักการ ว่า “สุขภาพเป็นศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”, “สุขภาพเป็นเป้าหมายสูงสุดของชุมชนและสังคม เป็นทั้งอุดมการณ์และเป็นหลักประกันความมั่นคงของชาติ” และระบุลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์
3. กำหนดสิทธิด้านสุขภาพ ของบุคคล หรือคณะบุคคล
4. กำหนดหน้าที่ด้านสุขภาพ ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน รัฐ
5. กำหนดแนวนโยบายในด้าน 1) การสร้างเสริมสุขภาพ, 2) การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, 3) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, 4) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, 5) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 6) องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, 7) บุคลากรด้านสาธารณสุข, 8) การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุข

ข้อมูลจากการทบทวนกรอบนโยบายระบบสุขภาพของต่างประเทศ และข้อคิดเห็นของนักวิจัย

การทบทวนเอกสารในประเทศสหรัฐอเมริกา, อังกฤษ, และบราซิล พบความรู้ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพดังนี้

1. แนวคิดที่สำคัญ คือ ศักยภาพของระบบสุขภาพ (หรือระบบสาธารณสุข) มีความสำคัญในการช่วยให้ทุกภาคส่วนสามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการดูแลสุขภาพของคนทั้งมวล
2. การร่วมมือเป็นหัวใจของความสำเร็จ มีความจำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่นในการแก้ปัญหา การร่วมมือ (collaborative practice) ซึ่งรวมถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกัน, การสร้าง

วิสัยทัศน์ร่วมกัน, การปรับนโยบายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ทำร่วมกัน, และการให้เสียงของชุมชนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจที่มีผลต่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากร

3. ตัวชี้วัดความสำเร็จในระยะยาวอาจเป็นสถานะสุขภาพ แต่ตัวชี้วัดในระยะกลางน่าจะเป็นการเพิ่มทุนทางสังคม ที่วัดโดยกิจกรรมความร่วมมือเพื่อสร้างสุขภาพร่วมกัน
4. ธรรมนูญสุขภาพ ควรมีกรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่ ซึ่งจะมี คำจำกัดความของระบบสุขภาพ การให้นิยามภาคีของระบบสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐ กับภาคีต่างๆในระบบสุขภาพ หน้าที่ของระบบสาธารณสุข ระบบที่สำคัญที่จะช่วยเอื้อให้ทุกฝ่ายทำงานร่วมกันได้ และบริการพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้ระบบสุขภาพทำหน้าที่ได้

ผลการศึกษาแบบสอบถามความคิดเห็น

ในการกำหนดกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

โปรดแสดงความคิดเห็นส่วนตัวของท่านในประเด็นเหล่านี้ ท่านเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย แล้วเขียนความเห็นเพิ่มเติมได้ที่ท้ายตาราง

คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
1. แนวทางการจัดทำ	1.1. นำสาระสำคัญ ตามร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชน (กันยายน 2545) ที่ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพมาแล้ว มาเรียบเรียงใหม่ แล้วทำประชาพิจารณ์ และสอบถามความเห็นทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3	2	
	1.2. จัดตั้งคณะทำงานขึ้นใหม่ ทำงานร่วมกับ คสช. เพื่อจัดกรอบแนวคิด กำหนดความหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ จัดหมวดหมู่ กำหนดขอบเขตความครอบคลุมของเอกสาร ระดมความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แล้วเรียบเรียงเนื้อหา นำเนื้อหาจากร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชนมาประกอบ แล้วนำไปทำประชาพิจารณ์	3	3	2
	1.3. จัดตั้งคณะทำงานขึ้นใหม่ ทำงานร่วมกับ คสช. เพื่อจัดกรอบแนวคิด กำหนดความหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ จัดหมวดหมู่ กำหนดขอบเขตความครอบคลุมของเอกสาร แล้วนำไประดมสมองที่สมัชชาสุขภาพในพื้นที่และระดับชาติ ร่วมกับระดมความเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเรียบเรียงเนื้อหา แล้ว ทำประชาพิจารณ์	4	3	1
	1.4.1 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นส.กาญจนา ทองทั่ว ภาคประชาชน จัดตั้งคณะทำงานขึ้นใหม่ แต่ควรเอาร่างพรบ.ฉบับประชาชนเป็นหลักเนื่องจากเป็น การระดมทุกภาคส่วนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ปชช. หลายพื้นที่ ค่อนข้าง ครอบคลุม			1
	1.4.2 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.วินัย วิทยกิจจา ภาคการเมือง ตัวแทนสมัชชา หรือภาคประชาชน ควรมีพื้นที่ที่ตัวเองรับผิดชอบ และสามารถมีส่วน ในการแก้ปัญหาพื้นที่ของตนเองได้ การคัดเลือกผู้แทนพื้นที่ ต้องมาจากตัวแทน หมู่บ้าน (อาจมาจากสภาวัฒนธรรม) คัดมาเป็นผู้แทนตำบล คัดมาเป็นผู้แทนอำเภอ คัดมาเป็นผู้แทนจังหวัด 6จังหวัดคัดมาเป็นผู้แทนเขต (12 เขตของสำนักงานก) จาก 12 เขตควรมีหน่วยงานอื่นๆจากระดับเขตด้วย		1	

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
	1.4.3 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ภาควิชาการ ข้อ 1.1 ร่างฉบับประชาชนเดิม อาจไม่เป็นที่ยอมรับทางการเมือง เพราะรู้สึกว่าจะถูกปฏิเสธในรัฐบาลที่แล้ว และอาจจะทำให้กระบวนการจัดทำทั้งหมดซ้ำ ข้อ 1.3 หลายขั้นตอน เทอะทะเกินไป และอาจจะทำให้ขบวนการทั้งหมดชักช้าเกินไป	1		
	1.4.4 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นางนริศน์ ธรรมโรจน์ ภาควิชาการ การกำหนดบทบาทหน้าที่ประชาชนให้ชัดเจน นอกจากสิทธิแล้ว ต้องมีหน้าที่โดยตรง และโดยอ้อม	1		
	1.4.5 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นายสุนัย เศรษฐบุญสร้าง ภาคการเมือง ควร จัดกิจกรรมกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด มีรายละเอียด ดังนี้ 1. มีคณะทำงานเฉพาะกิจทางด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการสนับสนุนการเงิน การสนับสนุนบุคลากรสำหรับทำหน้าที่กระตุ้น ให้คำแนะนำและสนับสนุนเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้อง 2. มีองค์การบริหารส่วนตำบลให้การดูแล สนับสนุน อำนวยความสะดวก จัดรวบรวมประเด็นปัญหา ความต้องการ ในระดับหมู่บ้าน ตำบล และนำเสนอผลการประชุม จากการร่วมคิดร่วมทำ การมีส่วนร่วมของชาวบ้านเป็นภาพรวมของระดับตำบล ด้วยความสอดคล้องกับเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ในระดับกระทรวง กรม กอง เขต และจังหวัด 3. มีประชาชน ชาวบ้าน หมู่บ้าน ทุกหลังคาเรือน หรือตัวแทนครอบครัวแต่ละหลังคาเรือน ออกมาเข้าร่วมปรึกษาหารือ สนทนา พูดคุย ประชุม เรื่องราวต่างๆที่เป็นจุดเสมือน จุดตาย อันหมายถึงวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว เพื่อนบ้าน สถานศึกษาโรงเรียน วัด องค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย ร่วมคิด ร่วมทำ และการมีส่วนร่วมในการรวบรวมเสนอความต้องการ รวบรวมสิ่งที่อยากพัฒนา รวมทั้งสิ่งที่ปัญหา สิ่งที่เป็นอุปสรรคที่ต้องการนำไปสู่การแก้ไขตั้งแต่ระดับครอบครัว ชาวบ้าน หมู่บ้าน 4. มีคณะทำงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) โดยมีคณะทำงานออกไปร่วมจัดกิจกรรม ร่วมส่งเสริม ร่วมสนับสนุน คอยกระตุ้น คอยให้คำแนะนำ ให้การจัดกระบวนการจัดทำระบบสุขภาพหมู่บ้านท้องถิ่นจนกระทั่งสำเร็จ แล้วนำแผนมาร่วมรวบรวมกับองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนอำเภอ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นแผนปฏิบัติการ แผนยุทธศาสตร์ทุกระดับ ระดับ แล้วนำไปสอดคล้อง สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ กระทรวง กรม กอง เพื่อให้มีความเหมาะสม สอดคล้องปฏิบัติกันได้ด้วยความสะดวกจนกระทั่งบรรลุวัตถุประสงค์ในทุกระดับต่อไป		1	

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
	5. สำหรับการกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) โดยเจ้าหน้าที่ คสช. นั้น ควรเริ่มต้นจากการได้ดู ได้ฟังจากตัวอย่างที่ดี เช่น การออกไปศึกษาดูงาน แล้วกลับมาอภิปรายจุดแข็ง จุดอ่อน ความเป็นไปได้ และปัญหาอุปสรรคของความสำเร็จ หรือ การดูจากตัวอย่าง วิสัยทัศน์, ดีวีดี, ซีดี เป็นต้น แล้วอภิปรายร่วมกัน แล้วขอคำว่า “ต้องคุยกัน” 6. ชาวบ้านเป็นผู้ตั้งโจทย์ แล้วกำหนดการทำประชาพิจารณ์ เดือนละ 1 ครั้ง มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน 6 ครั้ง เพื่อนำไปสู่ประเด็นหัวข้อของกระบวนการระบบสุขภาพตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ยกตัวอย่างประเด็นที่จัดทำ เช่น - ภาวะโลกร้อน เราช่วยกันลดปัญหาอย่างไร - คนแก่เพิ่มขึ้น เราช่วยกันทำอะไรได้บ้าง - การได้อยู่เย็นเป็นสุข เราช่วยกันทำไปบ้าง 7. ให้นำเอา มาตราที่ 46, 47 จัดทำให้เป็นคำถามแล้วนำไปเข้าสู่กระบวนการประชาพิจารณ์ 6 เดือน / ครั้ง, 3 เดือน/ครั้ง, 1 เดือน/ครั้ง โดยให้ คสช. โดยเจ้าหน้าที่เฉพาะกิจจัดทำเครื่องมือ แล้วนำเอากระบวนการเรียนรู้มาใช้กับขั้นตอนการทำประชาพิจารณ์			
2.วัตถุประสงค์ ความมุ่งหมาย ของเอกสาร	2.1 เพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน	5	2	3
	2.2 เพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกัน โดยใช้กระบวนการ และระบบกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของทุกฝ่าย	5	3	2
	2.3.1 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ภาควิชาการ ผมคิดว่า ข้อ 2.2 การให้สมัครใจที่จะผูกพันไม่น่าจะได้ผล	1		
	2.3.2 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นางนริศรัตน์ ธรรมโรจน์ ภาควิชาการ ควรให้ความสำคัญกับผู้รับบริการที่เป็นประชาชนจริงๆ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน	1		
	2.3.3 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.บุรณชัย สมุทรักษ์ ภาคการเมือง 1. เราคาดหวังว่า รัฐ เอกชน และประชาชนสามารถทำได้ โดยให้เอาร่างเดิมมาเป็นฐานตั้ง และขยายผลที่เหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ ชุมชนท้องถิ่น ครอบครัว และบุคคล		1	
3. ระดับของ นโยบาย	3.1 ควรมีธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่นด้วย	2	1	1
	3.2 มีธรรมนูญสุขภาพระดับชาติเป็นกรอบยุทธศาสตร์ไว้ ไม่จำเป็นต้องมีธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่ควรมีแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน และแผนปฏิบัติการ	5	3	3

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
	ร่วมกันระดับพื้นที่			
	3.3.1 ความเห็นเพิ่มเติมของ นส.กาญจนา ทองทั่ว ภาคประชาชน ธรรมนูญสุขภาพระดับท้องถิ่นควรให้แต่ละท้องถิ่นจัดทำกันเองเพราะบริบทแต่ละท้องถิ่นแตกต่างกัน เอากรอบยุทธศาสตร์ชาติเป็นแนว			1
	3.3.2 ความเห็นเพิ่มเติมของ นพ.วินัย วิทยกิจจา ภาคการเมือง โดยส่วนกลางทำการประเมิน แล้วระดับเขต ทำแนวทางแก้ปัญหา		1	
	3.3.3 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นางนริศน์ ธรรมโรจน์ ภาควิชาการ พรบ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องเชื่อมโยงและสอดคล้องกับรับธรรมนูญด้วย	1		
	3.3.4 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นายสุนัย เศรษฐบุญสร้าง ภาคการเมืองดีปัญหา ปัจจุบันอยู่ที่ แผนยุทธศาสตร์ประเทศ กับแผนยุทธศาสตร์ท้องถิ่น ไม่เดินทางไปพร้อมกัน ไม่สอดคล้องกัน ต่างคนต่างทำ ต่างกิจกรรม ต่างเส้นทาง เพราะฉะนั้นต้องทำอะไรให้แผนยุทธศาสตร์ประเทศ ยุทธศาสตร์ท้องถิ่นมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ 1. ท้องถิ่นทำการศึกษาแผนยุทธศาสตร์ประเทศ เขต จังหวัด ให้เข้าใจ ละเอียดถี่ถ้วน 2. ท้องถิ่นจัดทำแผนยุทธศาสตร์ท้องถิ่นให้สอดคล้องกับแผนจังหวัด เขต กระทรวง และแผนชาติ		1	
	3.4.5 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.บุรณชัย สมุทรักษ์ ภาคการเมือง ธรรมนูญท้องถิ่น ควรใช้ชื่อ ปฏิญญาระดับท้องถิ่น ซึ่งหมายถึง พันธสัญญาที่จะทำให้ระบบสุขภาพชุมชนท้องถิ่นสัมฤทธิ์ผล		1	
4.การให้ คุณค่าและ ความหมาย	4.1 ถ้าทุกคนทำงานร่วมกันเพื่อประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ, ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, และความคุ้มครองด้านสิ่งแวดล้อม จะทำให้ระบบสาธารณสุขสามารถสร้างเสริมให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน	6	3	1
	4.2 ระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งจะสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลดูแลสุขภาพได้เต็มศักยภาพ	6	3	1
	4.3 การร่วมมือเป็นหัวใจของความสำเร็จในการแก้ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิต การร่วมมือ รวมถึง การใช้ทรัพยากรร่วมกัน, การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน, การปรับนโยบายเพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ทำร่วมกัน, และการให้เสียงของชุมชนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจที่มีผลต่อการลงทุนและจัดสรรทรัพยากร	6	3	3

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
	4.4 รัฐบาลมีหน้าที่ในการเป็นผู้นำและจัดการให้เอื้อไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์ และพันธกิจที่ทุกฝ่ายร่วมกันสร้างขึ้น ในขณะที่หน่วยงานของรัฐไม่สามารถทำคนเดียวเพื่อให้บรรลุความสำเร็จได้ จึงต้องทำหน้าที่ จัดให้กลุ่มหรือบุคคลที่เหมาะสม มาทำงานร่วมกันเพื่อถกประเด็นด้านสาธารณสุข	5	3	1
	4.5. ความเห็นเพิ่มเติมของ นพ.วินัย วิทยกิจจา ภาคการเมือง ถ้าท้องถิ่นทำระบบบริการสาธารณสุขได้ดี จะทำให้สุขภาพดี		1	
5. ความหมาย ของระบบ สุขภาพใน ธรรมนูญ	5.1 ธรรมนูญควรระบุ ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์	6	2	3
	5.2 ธรรมนูญควรระบุ หน้าที่ของระบบสุขภาพ เช่น ● ป้องกันการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการแพร่กระจายของโรค ● สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและปกป้องภัยอันตรายจากสภาพแวดล้อม ● ส่งเสริมและสร้างพันธะสัญญาต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและส่งเสริมสุขภาพจิต ● ตอบสนองต่อภัยพิบัติและช่วยชุมชนในการกู้วิกฤติ ● ส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ	6	2	3
	5.3 ควรชี้ให้ชัดว่า ประเด็น ข้อมูลข่าวสาร กำลังคน การเงินการคลัง เป็นระบบที่ สำคัญ ที่จะเอื้อให้ทุกฝ่ายดูแลสุขภาพของคนทั้งมวลได้เต็มศักยภาพ	6	3	3
	5.4 ควรชี้ให้ชัดว่า ประเด็น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นบริการพื้นฐานที่ระบบต้องจัดให้มี เพื่อให้ระบบสุขภาพทำหน้าที่ได้	6	2	3
	5.5 กรอบแนวคิดในธรรมนูญ ควรสามารถแสดงความเชื่อมโยงของระบบย่อยที่สำคัญได้ เช่น บริการสุขภาพ บริการสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสาร กำลังคน การเงิน การคลัง การทำแผน การประสานงาน เป็นต้น	6	2	3
	5.6.1 ความเห็นเพิ่มเติมของ นพ.วินัย วิทยกิจจา ภาคการเมือง ไม่ต้องระบุสิ่งที่พึงประสงค์ เพราะมันเปลี่ยนแปลงได้ มันเสียเวลา ถ้าทำมันจะเกิดภาพเดียว ให้บอกสถานะปัจจุบันและแนวโน้ม ให้ระบุหน้าที่ ว่าใครมีหน้าที่รับผิดชอบ แล้วระบุโทษด้วย		1	
	5.6.2 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ภาควิชาการ Item 5.1 was clearly written in the law. To come up with this, it should be guided by evidence through reviews of current situation, major gap and what are the ideal. It must not be idealistic which is very common by CBO	1		

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
	and NGO.			
	5.6.3 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.บุรณัชย์ สมุทรักษ์ ภาคการเมือง ควรเพิ่ม หลักธรรมาภิบาล ไว้ในกรอบแนวคิดด้วย			
6.การจัดลำดับ ความสำคัญ เพื่อกำหนด ยุทธศาสตร์	6.1 ควรมีการจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ	5	3	
	6.2 เนื่องจากระบบสุขภาพ ได้รวมระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีการระบุระบบ(โครงสร้าง)ที่สำคัญ และทิศทางการพัฒนา เพื่อเอื้อ ให้ทุกฝ่ายสามารถทำงานร่วมกันได้	6	2	2
	6.3 ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ควรเป็นชื่อกลุ่มโรคที่มีภาระโรคสูง	2	2	
	6.4 ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ควรเป็นชื่อปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคที่มีภาระโรค สูง	6	3	
7. การมีส่วนร่วม ของท่าน	7.1 ท่านควรเป็นผู้กำหนดเนื้อหาและร่วมในการวางกลไกยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	3	3	1
	7.2 ท่านยินดีให้มีการจัดทำร่างขึ้นมาก่อน แล้วท่านสามารถให้ความเห็นต่อกลไก ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ	5	2	3
	7.3 ท่านจะไม่ใช้ธรรมนูญสุขภาพ หากท่านไม่มีส่วนร่วมในการจัดทำ	1	2	1
	7.4 ท่านจะใช้ธรรมนูญสุขภาพ หากเสียงส่วนใหญ่เห็นชอบ แม้ว่าท่านจะไม่เห็น ด้วยบางส่วนก็ตาม	6	2	3
	7.5.1 ความเห็นเพิ่มเติมของ นพ.วินัย วิทยกิจจา ภาคการเมือง บุคคลที่มาร่วมควรเป็นตัวแทนของพื้นที่ ไม่ใช่ปัจเจก		1	
	7.5.2 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ภาควิชาการ Item 7.1 the draft should be conducted by partnership and don't think monopoly is a good way to go.	1		
	7.5.3 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นางนริศรัตน์ ธรรมโรจน์ ภาควิชาการ เพิ่มการมีส่วนร่วมของรพ.เอกชน องค์กรเอกชนอื่นๆ	1		
8. ประเด็นที่ ควรนำไป อภิปราย เพิ่มเติม	8.1 ความเห็นเพิ่มเติมของ นส.กาญจนา ทองทั่ว ภาคประชาชน ต้องมีกลไกการทำงานในพื้นที่ ที่จะทำให้อนุมัติสุขภาพเป็นรูปธรรมจริงในพื้นที่			1
	8.2 ข้อเสนอของ นพ.วินัย วิทยกิจจา ภาคการเมือง 1.ธรรมนูญบอกแนวทางก็พอ และระบุหน้าที่ท้องถิ่น 2. ให้ทุกคนมาจากพื้นที่ มีพื้นที่ของตนเอง ไม่ใช่มาลอยๆเป็นปัจเจกมาจากสภา		1	

ประเด็น	คำถาม: ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ควรมีเนื้อหาสาระและกระบวนการจัดทำดังนี้	ภาค วิชาการ	ภาค การเมือง	ภาค ประชาชน
	จากทั้งหมด	6 ท่าน	3 ท่าน	3 ท่าน
	วัฒนธรรมก็ได้ ไม่ต้องใช้ชื่อ สมัชชาสุขภาพ พื้นที่บอกปัญหา problem=(what it should be – what it is) x concern 3. มีการประเมินสถานะสุขภาพ ส่วนกลางต้องทราบข้อมูลว่าที่ไหน เป็นยังไง เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ และให้บอกข้อมูล จัดอันดับให้ผู้ทำงานในพื้นที่และชาวบ้าน หาวิธีพัฒนาพื้นที่ตนเอง คนบริหารจะต้องมองภาพรวมในระดับเขต ถ้าจะประเมินเขต ให้ไปถามจังหวัด ประเมินจังหวัดไปถามอำเภอ ประเมินที่ระดับใด ให้ดูที่ระดับย่อยกว่านั้น 4. ประเมิน performance และความโปร่งใสในการบริหารคน ดูprogress แต่ให้การแก้ไขเป็นเรื่องภายในของหน่วยงาน คนในประเมิน และเปิดเผยให้คนนอกฟังได้ ให้ปลดเป็นประธานในเรื่อง ranking โดยสร้างเครื่องมือที่ใช้แต่ละระดับ ส่วนกลาง ประเมินเขต เขตประเมินจังหวัด 5. ปฏิรูปกระบวนการบริการสังคม สถานีนโยบายไม่พัฒนามา ตั้งแต่ปี 2511 ที่มีสถานีนโยบาย ชั้น 1			
	8.3 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นางนริศร์ณี ธรรมโรจน์ ภาควิชาการ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับธรรมนูญสุขภาพ เพื่อความเชื่อมโยงกัน	1		
	8.4 ความเห็นเพิ่มเติม ของ นางรัตนา สมบุรณ์วิทย์ ภาคประชาชน - ควรมีการทบทวนเนื้อหาจากร่างพรบ.สุขภาพฉบับประชาชน (กันยายน 2545) เพื่อความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน แล้วใช้เป็นแนวทางหลักในการร่างธรรมนูญสุขภาพ - ควรจัดประชุมแกนนำสมัชชาสุขภาพทั่วประเทศ เพื่อการให้ความเห็นต่อแนวทางวิธีการจัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพ ทั้งนี้เป็นการให้คุณค่าต่อสมาชิกสมัชชาสุขภาพที่เคลื่อนไหว พ.ร.บ.สุขภาพ มาโดยตลอด			1

หมายเหตุ ค่าคะแนนคือจำนวนคนที่เห็นด้วยต่อข้อคำถามนั้นๆ จากจำนวนผู้ที่ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่ม

คณะวิจัยขอขอบคุณที่ท่านสละเวลาอันมีค่าของท่านให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์

หากมีคำถาม กรุณาติดต่อ ทพญ.ดร. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์

โทร 081-4837807 โทรสาร 02-5902385

ชื่อผู้ตอบ..... องค์การที่ท่านทำงาน.....

ท่านจัดอยู่ในประเภทใด () 1. ภาคการเมือง () 2. ภาควิชาการ () 3. ภาคประชาชน

ท่านยินดีที่จะให้นักวิจัยนำข้อมูลไปเผยแพร่ได้

โดยสามารถระบุว่าคุณจัดอยู่ในประเภทใด () ได้, () ไม่ได้

โดย สามารถระบุชื่อ และองค์กรที่ท่านสังกัดได้ () ได้, () ไม่ได้